

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N^o 438

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Yves BARRIÈRE

Né le 5 Octobre 1907, à CLERMONT-FERRAND (Puy-de-Dôme)

Rétractions Pulmonaires Tuberculeuses

Sans pleurésie exsudative antérieure

Président : Monsieur BEZANÇON, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Yves BARRIÈRE

Né le 5 Octobre 1907, à CLERMONT-FERRAND (Puy-de-Dôme)

Rétractions Pulmonaires Tuberculeuses

Sans pleurésie exsudative antérieure

Président : Monsieur BEZANÇON, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

Doyen BALTHAZARD.

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
N...
BINET.
STROHL.
DESGREZ.
DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
CLERC.
MARION.
ROUSSY.
CHAMPY
TIFFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-

LAVASTINE

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie et thérapeutique et climatologie

FIESSINGER.
Maur. VILLARET
CARNOT.
BEZANÇON.
ACHARD.

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Marcel LABBE.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.

Clinique chirurgicale

LENORMANT.
CUNEO.

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

GREGOIRE.
GOSSET.

Clinique d'accouchements

TERRIEN.
LEGUEU.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

J.-L. FAURE.
OMBREDANNE,
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
SERGENT.
Léon BERNARD.
MATHIEU.
HOVELACQUE,
MAUCLAIRE.
MULON.
VERNE.

Professeur sans chaire

II. — Agrégés en exercices

Mm.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychia-
trie.
AUBERTIN .. Pathologie médicale.
BENARD Henri Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULE Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-
BERT. Physiologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.
DOGNON Physiologie.
DONZELOT .. Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
LEY	Urologie.
GASTINEL ..	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri .	Hygiène.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphi- lographie.
TROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur) .	
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER	—
GUÉNIOT.....	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie.
LEDOUX LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE

DU DOCTEUR CONCHON DE ROCHEVERT
(1769-1845)

Mon Trisaïeul.

DU DOCTEUR ERNEST CHAPPUS (1814-1899)

Mon Grand-Oncle.

DU DOCTEUR PIERRE COLLANGETTES (1872-1932)

Mon Oncle.

Dont le bel exemple m'a montré
la voie.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Professeur de Clinique médicale

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Commandeur de la Légion d'honneur

En témoignage de respectueux
attachement et de profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous
a fait d'accepter la présidence de
cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BRAUN

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Assistant au Centre de Triage de l'Hôpital Saint-Antoine

(Service du Professeur Bezançon)

Officier de la Légion d'honneur

Qui m'a guidé, encouragé et aidé
dans l'accomplissement de ce travail
avec un inlassable dévouement.

Témoignage de ma vive gratitude
pour sa si grande bienveillance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*)
MONSIEUR LE DOCTEUR MONIER-VINARD

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR EDOUARD RIST
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F.-M. CADENAT
MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL
MONSIEUR LE DOCTEUR APERT
MONSIEUR LE DOCTEUR LYON-CAEN
MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

A MESSIEURS LES DOCTEURS HIRSCHBERG,
P. JACOB, HUET, LEYDET, M. ISELIN,
PERON, LEHELLE, DECOURT,
CAMBESSE DES, PICHON.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DESTOUCHES
Chef de Clinique à la Faculté
Assistant au Centre de Triage de l'Hôpital Saint-Antoine

Témoignage de ma reconnaissance
pour les conseils bienveillants qu'il
m'a donnés chaque jour.

A MES CONFÉRENCIERS

MONSIEUR LE DOCTEUR GERARD MARCHANT

Prosecteur et Chef de Clinique à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR P. DELAFONTAINE

Chef de Clinique à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR P. VANBOCKSTAEL

MONSIEUR LE DOCTEUR Y. BUREAU

RÉTRACTIONS PULMONAIRES TUBERCULEUSES

Sans pleurésie exsudative antérieure

Introduction

Ce n'est pas une notion nouvelle que celle des rétractions pulmonaires, et c'est même, peut-on dire, un chapitre déjà fouillé et approfondi dans de multiples travaux ou publications.

Il s'agit en effet d'un phénomène extrêmement fréquent, en pathologie pleuro-pulmonaire, et qui touche à des maladies ou à des processus très divers. Que l'on ait étudié l'évolution et les séquelles de la pleurésie ; que l'on ait abordé la tuberculose fibreuse, les scléroses pulmonaires ou l'atelectasie, de quelque étiologie qu'elles soient ; que l'on ait considéré le mode de cicatrisation des abcès du poumon ou de certaines plaies pleuro-pulmonaires ; que l'on ait suivi l'action de la collapsothérapie et en bien d'autres études encore, *il a fallu constater la rétraction pulmonaire*. Aussi les auteurs sont nombreux qui ont étudié ce phénomène, en lui-même ou dans les anomalies qu'il entraîne. Innombrables sont les publications sur des cas de dextrocardies ou de sinistrocardies, sur certaines conformations du thorax, ou sur des aspects radiographiques anormaux.

Toutes sont intéressantes, mais pour beaucoup, ces

études considèrent le processus comme pleural et pulmonaire à la fois ou ne cherchent pas à distinguer la part qui revient à chacun de ces deux éléments. Certaines, cependant, assez nombreuses déjà, ont parlé de cette distinction et de l'intérêt qu'elle présente ; quelques-unes même, ont approfondi ce sujet et nous en parlerons au cours de ces pages.

Néanmoins, il nous a semblé utile d'apporter en contribution personnelle à ces travaux, l'étude de quelques cas observés dans le Service de M. le Professeur BEZANÇON, dans des conditions un peu spéciales : Rétractions sans pleurésie antérieure.

Précisons : il s'agit de tuberculeux présentant une rétraction pulmonaire importante, cliniquement et radiologiquement apparente, alors que l'anamnèse ne permet pas de découvrir, chez ces malades, la notion d'une pleurésie ancienne ou récente.

a) Loin de nous la prétention que dans de tels cas, on puisse considérer toute participation pleurale comme éliminée, dans la Rétraction. Sans doute, il reste la possibilité d'une pleurésie antérieure, passée inaperçue, de même qu'aussi la plèvre peut être le siège d'une inflammation torpide, sans épanchement liquidien, et jouer ainsi un rôle dans le processus rétractile. Mais c'est justement là un point à rechercher et qui constitue en partie l'intérêt de ce travail.

b) D'autre part, l'examen et l'inspection radiographique de quelques malades nous ont révélé certains aspects un peu particuliers qui méritent d'être analysés. Plusieurs observations nous ont montré que la rétraction apparente pouvait prêter à discussion et que des problèmes diagnostiques délicats pouvaient se poser, concernant la rétraction elle-même.

c) Enfin, certains modes évolutifs nous ont paru mériter quelques commentaires.

C'est la raison d'être et, croyons-nous, la justification de cette étude.

*
* *

Nous nous permettons d'exprimer ici à notre Maître, M. le Professeur BEZANÇON et à M. le Docteur Paul BRAUN, son assistant, ainsi qu'à M. le Docteur DESTOUCHES, Chef de Clinique à la Faculté, notre très vive gratitude pour le précieux enseignement qu'ils nous ont prodigué, pour les conseils éclairés qu'ils nous ont donnés chaque jour, et pour la bienveillance, si grande, avec laquelle ils nous ont encouragé et guidé dans l'accomplissement de ce travail, à la Clinique et au Centre de Triage de l'Hôpital Saint-Antoine.

Historique

Si la distinction entre les rôles respectifs du poumon et de la plèvre, dans la Rétraction pleuro-pulmonaire, est d'acquisition relativement récente, la connaissance du phénomène dans son ensemble remonte à une époque beaucoup plus ancienne. Volontairement bref, nous n'en signalerons que les principales étapes.

Déjà LAENNEC, dans son *Traité de l'Auscultation Médiate*, dont la première édition fut publiée en 1819, consacre un chapitre important à cette étude. C'est le « *Rétrécissement de la poitrine* », dont il trace un tableau magistral, avec un examen somatique complet. Mais il spécifie dès l'abord qu'il s'agit là d'un phénomène observé « à la suite de certaines pleurésies ». Et lorsque, plus loin, il expose le mécanisme de cette rétraction, il semble bien incriminer uniquement la plèvre et non le poumon, « maintenu dans cet état par une fausse membrane épaisse qui l'enveloppe de toute part ».

Une observation, cependant, qu'il publie en un autre chapitre de son traité, porte le titre : « *Rétrécissement de la poitrine chez un phtisique* ». Il n'y est pas fait mention de pleurésie, et il semble bien que LAENNEC, sans souligner le fait, ait admis l'origine pulmonaire possible du « Rétrécissement de la poitrine ».

Puis les travaux importants sur ce thème ne reprennent qu'en 1893, avec BARD, dont les premiers articles, au *Lyon Médical*, envisagent le mécanisme des déplacements latéraux du cœur. Mais il semble considérer alors la symphyse pleurale comme une condition indispensable du processus.

PETIT, en 1897, résume les travaux antérieurs sur la question des dextrocardies par traction, et sur leur cause : les lésions pleuro-pulmonaires.

C'est dans la dernière année du siècle, en 1899, avec LÉPINE, que la question semble entreprendre une nouvelle étape. Là encore, c'est en étudiant les déplacements latéraux du cœur et du médiastin, que LÉPINE en éclaire la pathogénie en soutenant qu'une lésion purement pulmonaire peut être la cause de ce phénomène, sans la participation de la plèvre, celle-ci ne faisant qu'épouser passivement le mouvement du bloc pulmonaire qu'elle tapisse. Mais cette communication elle-même comporte une restriction implicite : une autopsie révèle une « pleurite adhésive dont il ne fallait tenir aucun compte ».

M. GAILLARD, quelques années après, reprit cette étude dans un travail approfondi sur les dextrocardies par sclérose pleuro-pulmonaire. Et dans plusieurs communications successives, il essaya de discriminer la part due à la plèvre et celle due au poumon, lui-même dans le mécanisme de ces anomalies, prouvant que l'une et l'autre pouvaient agir isolément. Cela, en 1908.

Et depuis, les travaux s'accumulent et se pressent sur ce sujet, les uns considérant l'ensemble de l'appareil pleuro-pulmonaire, les autres, moins nombreux, essayant de rétablir la distinction. Il est impos-

sible de les passer en revue dans le cadre d'un historique aussi limité. On ne peut citer que les principaux.

M. Armand DELILLE, en 1922, étudie certains signes d'auscultation anormaux, dus à la rétraction et à la déviation trachéale qu'elle entraîne.

Cette étude sera reprise deux ans plus tard, par MM. BEZANÇON, JAQUELIN et MORIN, dans une importante communication à la *Revue de la Tuberculose*.

M. AMEUILLE et ses élèves, à la même époque, publient une série de travaux particulièrement intéressants sur la symphyse pleurale et ses paradoxes, sur les pneumothorax réalisés malgré symphyse pleurale apparente, et sur la rétractilité pulmonaire. L'ensemble de ces publications éclaire d'un jour nouveau la distinction qu'il faut faire entre la rétraction pleurale et la rétraction pulmonaire, malgré la fréquence des processus mixtes, où les deux phénomènes s'associent et s'intriquent.

M. RIST ajouta à ces travaux d'importantes publications sur la cinématique normale et pathologique de la respiration, envisagée surtout sous l'aspect radiologique. Il y a là des notions précieuses pour l'interprétation de certains aspects de la rétraction.

Rapprochons maintenant deux études réalisées dans le service de M. BEZANÇON, sous l'inspiration de M. Paul BRAUN, et qui éclairent d'un jour heureux la question :

— La thèse de M. GENDREAU (1926), sur *Le Renforcement des bruits d'auscultation et des ombres radiologiques pour le tassement du poumon*.

— La thèse de M. J. DESTOUCHES (1928), sur *Le Syndrome de Rétraction dans la Tuberculose Pulmonaire*.

Signalons en même temps un autre travail documenté sur ce sujet : La thèse de M. R. LE ROCHAIS : *Essai sur les Dextrocardies par Sclérose pulmonaire tuberculeuse*, publiée en 1929, qui s'applique avec soin à discerner les cas où le poumon semble agir indépendamment de la plèvre.

Enfin, MM. SERGENT et VIBERT, en 1930, étudient, dans un travail intéressant, quelques images de rétraction pulmonaire, dues à d'autres processus.

Dominant tous les travaux que nous venons de passer en revue d'une façon trop incomplète, trois faits méritent une mention à part par les progrès qu'ils ont fait accomplir à l'investigation et aux conceptions pathogéniques.

La Radiologie, d'abord. Elle a pu révéler des cas innombrables de rétractions, qui auraient passé inaperçus sans elle, parce que, sans altérer la conformation extérieure du thorax, ces rétractions se manifestent uniquement par des déplacements médiastinaux ou diaphragmatiques d'amplitude plus ou moins grande.

La pratique du pneumothorax, ensuite. Elle répandit un moyen d'exploration pleurale, par l'aiguille, inusité auparavant. Et seul, ce nouveau moyen d'investigation, permettant de rechercher la liberté pleurale, a pu établir de façon indiscutable ce que dit fort bien M. J. DESTOUCHES, dans sa thèse déjà signalée : « Qu'on avait tort de parler toujours de rétraction pleuro-pulmonaire, et que, dans bien des cas, les phénomènes de rétraction, attribués jusqu'alors à la plèvre..., pouvaient fort bien relever de la seule rétraction pulmonaire. »

A ces deux faits d'une importance si grande, s'est ajoutée tout récemment une notion d'un intérêt primordial : la *Tramite*, à laquelle MM. BEZANÇON et BRAUN ont consacré une bonne part de leurs travaux en ces dernières années. Nous verrons, dans un chapitre ultérieur, comment elle permet d'interpréter certains aspects curieux ou en apparence paradoxaux de la rétraction pulmonaire ; comment elle explique certains modes évolutifs inattendus, et quelle lumière elle jette sur la pathogénie de la Tuberculose pulmonaire en général.

Division du sujet

Nous consacrerons la première partie de cette étude à un rappel, aussi bref que possible, du *Syndrome de Rétraction* dans son ensemble, sans préjuger de sa cause ni de ses modalités. Cette description ne comprenant rien qui n'ait été déjà écrit, semble néanmoins un préambule utile pour mettre en lumière l'intérêt des chapitres qui suivront.

Dans une deuxième partie, nous nous appliquerons à mettre en valeur les *difficultés* qui peuvent se poser dans l'interprétation du syndrome, passant en revue les causes d'erreur, les fausses rétractions, et montrant ainsi combien il peut s'agir parfois d'un problème délicat, alors que beaucoup l'imaginent facile.

Nous verrons en troisième lieu l'intérêt que confère aux cas observés l'absence de pleurésie dans les antécédents ; par quels moyens on peut acquérir la certitude relative de cette absence ; comment, malgré cette absence la *plèvre* peut néanmoins participer activement à la rétraction ; et enfin, sur quelles bases on peut affirmer parfois qu'il s'agit de rétraction pulmonaire pure.

Un quatrième chapitre nous permettra d'étudier quelques *formes cliniques*, sous lesquelles se présente parfois le syndrome. Elles peuvent être l'occasion de

réflexions utiles pour la compréhension du processus rétractile.

Quelques observations, choisies parmi les cas que nous avons pu réunir, seront réparties dans cette étude, au fur et à mesure que, par leurs particularités, elles pourront illustrer un aspect de la question.

CHAPITRE PREMIER

Etude clinique du syndrome de rétraction

La description succincte que nous voulons rappeler ici, du syndrome de rétraction, gagnera, croyons-nous, à être précédée d'une observation caractéristique.

OBSERVATION I

Mlle Ch... Alphonsine, 34 ans, se présente à la Consultation de Médecine de l'Hôpital Saint-Antoine pour des troubles datant de six mois. Elle est adressée au Centre de Triage le 19 janvier 1933.

Le début de sa maladie remonte à l'été 1932. Depuis cette époque, elle tousse, fréquemment, et de plus en plus: Toux fatigante, quinteuse, parfois émétisante, surtout diurne. Elle expectore peu, mais le matin, parfois quelques crachats muco-purulents. Ses forces ont diminué progressivement l'obligeant à cesser son travail il y a un mois environ. Elle a maigri de plusieurs kilos.

En même temps que ces troubles, sont apparus des points de côté de plus en plus douloureux. D'abord fugitifs et discrets, ils se sont accentués ces derniers temps. Ils varient de siège et d'intensité, mais prédominent très nettement à droite, et réapparaissent avec insistance au niveau de la fosse sus-épineuse. Une dyspnée d'effort a fait son appari-

tion parallèlement ; jamais la malade n'en avait souffert auparavant.

De plus : anorexie marquée, une pesanteur gastrique après les repas. Constipation habituelle avec diarrhée intermittente. Insomnies récentes, avec sueurs nocturnes abondantes.

L'évolution de ces accidents a subi, depuis six mois, des alternatives d'améliorations et de poussées nouvelles aggravant l'état antérieur.

Les antécédents personnels ne sont pas chargés : Il y a deux ans, une laryngite a duré quelques semaines, puis disparu.

Pour tout incident pulmonaire, on note quelques bronchites depuis l'âge adulte. Pas d'hémoptysie.

Aucune notion de « pleurésie » ou de « pleurite ».

Les antécédents familiaux sont nuls : Père mort de cardiopathie. Mère bien portante. Rien chez les grands-parents ni chez les collatéraux.

A l'examen, la malade présente un habitus chétif ; petite et maigre, faciès pâle, bistré, pommettes saillantes et yeux assez profonds. L'amaigrissement est marqué, les clavicules et les omoplates saillantes, les côtes visibles. Le dos est voûté.

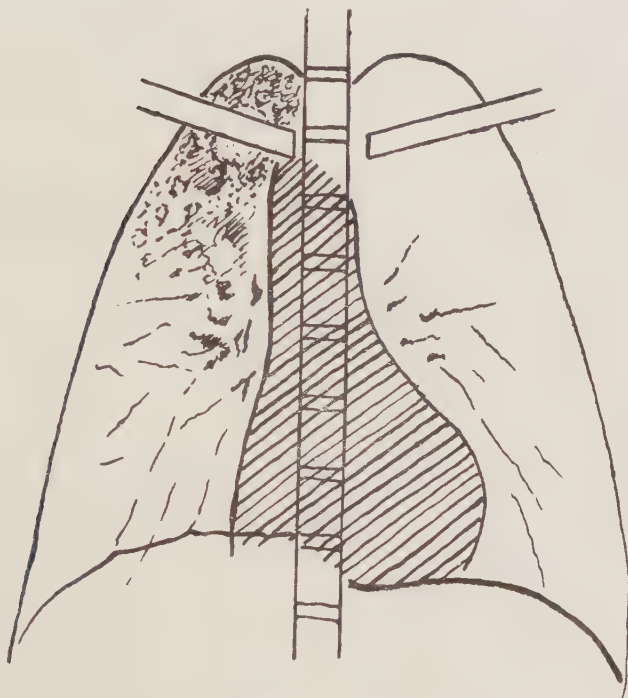
On note une asymétrie thoracique aux dépens du côté droit, dont l'épaule est plus basse qu'à gauche. La mensuration sterno-rachidienne du périmètre thoracique, sur la ligne sous-mammaire, confirme cette impression.

A la percussion : submatité du sommet droit, nette en arrière. *A la palpation*, les vibrations vocales sont approximativement égales des deux côtés.

L'auscultation ne révèle rien à gauche. A droite, râles sous-crépitants dans toute l'étendue du champ pulmonaire, mais surtout au sommet où ils ont un caractère plus humide. Bronchophonie à ce niveau. Pas de souffle.

La radiographie (cf. schéma Obs. I) révèle, à droite : quelques traînées discrètes allant du hile au diaphragme. A gauche, apparaissent des lésions importantes ; travées opaques accentuées et contrariées, dans la moitié inférieure du

champ pulmonaire, dont quelques-unes semblent tirailler le diaphragme, le festonnant légèrement. Dans la moitié supérieure du poumon, condensations plus franches, non homogènes, prenant par endroit le type mie de pain. Au milieu d'elles, derrière la clavicule, image claire et arrondie, mais à contours flous : caverne probable.



OBSERVATION I

De ce côté, le diaphragme est un peu irrégulier dans sa courbe. Le cul-de-sac assez creusé. Les côtes supérieures rapprochées les unes des autres et plus obliques qu'à gauche, ont tendance à s'imbriquer. Le médiastin à limites floues, déborde très largement à droite l'ombre rachidienne, dans toute sa hauteur. La trachée n'est pas visible.

Au laboratoire : la recherche directe des bacilles de Koch

dans les crachats est positive (B. K. nombreux : 30 à 40 par champ).

On décide de tenter chez cette malade un pneumothorax. Il est réalisé quatre jours après, le 23 janvier, avec un décollement incomplet mais suffisant : 150 cc. d'air sous pression négative de (0—12) avant l'insufflation, (+ 4—6) après.

Cette observation, outre qu'elle présente quelques particularités dont nous parlerons plus loin, est un cas assez typique de tuberculose pulmonaire fibro-caséuse, à tendance rétractile marquée, sans antécédent de pleurésie.

On en retrouvera les traits dans le tableau de la rétraction, dont nous allons rappeler les grandes lignes.

I. — SIGNES PHYSIQUES

1° INSPECTION.

L'inspection permet souvent de soupçonner la rétraction, par la constatation de certaines anomalies dans la conformation du thorax. Ce sont des caractères d'asymétrie.

On note d'un côté *l'abaissement de l'épaule* et parfois *la saillie de la clavicule* plus accentuée que du côté opposé. *L'amaigrissement* des muscles de la ceinture scapulaire (grand pectoral surtout) peut également prédominer d'un côté. *L'omoplate* semble plus saillante.

La scoliose rachidienne peut se voir. Nous verrons plus loin les discussions qu'a entraîné sa présence dans ce syndrome. Notons seulement, pour l'instant, sa fréquence. Parfois elle saute aux yeux, d'autres

fois, il faut la rechercher en repérant au crayon dermographique les saillies des apophyses épineuses. Un certain degré de *cyphose* s'y associe fréquemment.

L'*aplatissement de la paroi* est fréquent également, localisé ou uniformément réparti. Il s'accompagne de rétrécissement des espaces intercostaux et souvent d'une accentuation de l'obliquité des côtes que le crayon dermographique peut mettre en valeur. Mais cette rétraction pariétale n'est pas toujours facile à voir, même lorsqu'elle est assez marquée, à la simple inspection.

La *mensuration* du sternum au rachis, suivant le périmètre de l'hémithorax, à des niveaux différents, et comparée au côté opposé, peut seule parfois mettre en valeur la rétraction de la paroi.

L'*étude des mouvements respiratoires* est également intéressante, mais là encore, la mensuration, en inspiration et en expiration forcées, permet seule d'être affirmatif : l'ampliation thoracique est moindre d'un côté ou à certains niveaux (respiration à type costal supérieur ou inférieur). Parfois enfin, on note à l'inspiration une dépression des espaces intercostaux ou du creux sus-claviculaire : sorte de *tirage unilatéral*.

2° PALPATION ET PERCUSSION.

La palpation peut donner quelques renseignements utiles dans les cas de rétraction. Elle aide à certaines des recherches dont nous avons fait mention au chapitre précédent. Mais elle permet en outre de constater d'autres signes importants.

Avant tout, elle permet d'apprécier les *déplacements du cœur*, par le siège du choc de la pointe, qui

peut être déporté à gauche, ou à droite, vers le sternum, ou anormalement élevé, dans le quatrième ou le troisième espace intercostal, par exemple. D'autres fois, on constatera ainsi un affaiblissement ou un étalement anormal de ce choc apexien. Il va sans dire que dans toutes ces anomalies, il faut penser à d'autres causes possibles et l'on sait en particulier qu'elles peuvent se présenter dans certaines cardiopathies.

Plusieurs auteurs ont insisté sur l'intérêt de la palpation du creux sus-sternal, pour dépister les *déviation trachéales* si fréquentes dans le syndrome de rétraction.

Enfin, la transmission des *vibrations vocales* à la paroi doit être appréciée par la main appliquée à plat, en différents étages ou zones du thorax. Ainsi peut-on constater l'exagération ou au contraire l'affaiblissement des vibrations, suivant l'état de la plèvre et du parenchyme sous-jacents, suivant que le parenchyme condensé et tassé transmet facilement les vibrations vocales, ou que le matelas d'une plèvre épaissie les amortit plus ou moins jusqu'à les abolir parfois complètement.

La percussion soigneuse décèle dans ces cas des zones de matité ou de submatité plus ou moins nettes.

3° AUSCULTATION.

L'auscultation, si précieuse encore de nos jours, dans l'examen d'un tuberculeux pulmonaire, est d'un intérêt moindre si on l'envisage sous l'angle particulier de la rétraction pulmonaire, chez ces mêmes tuberculeux. Elle peut donner des renseignements relativement précis sur la nature et l'étendue des lésions

tuberculeuses, bien qu'elle ne soit pas infaillible. Mais elle ne permet pas d'apprécier vraiment le degré de rétraction du poumon.

La rudeesse respiratoire ou une respiration *soufflante* seraient peut-être l'aspect acoustique le plus fréquent dans les rétractions pures. Mais d'autres causes que la rétraction peuvent produire ces mêmes sensations auditives.

Quant aux autres *bruits de toutes sortes* (râles et souffles) que l'auscultation peut enregistrer dans la tuberculose pulmonaire, on les retrouve aussi bien ici, modifiés ou non par le processus rétractile. Parfois, cependant, la rétraction est elle-même la cause de ces signes. Et souvent alors, ils deviennent l'occasion d'erreurs d'interprétation que nous étudierons plus tard.

Pour conclure ce chapitre, nous ne pouvons mieux faire que rééditer les remarques si justes de M. J. DESTOUCHES dans sa thèse, déjà citée, sur le *Syndrome de Rétraction* : « Tantôt l'auscultation fait entendre de gros symptômes... A côté de ces cas..., il en est d'autres où l'on ne perçoit rien d'appréciable... Parfois même, c'est le silence... Et là encore, il peut y avoir divergence... avec la radiographie qui montre d'assez nombreuses images pathologiques dans le poumon rétracté. »

II. — SIGNES RADIOLOGIQUES

L'examen radiologique est le plus important des moyens d'investigation, celui qui apporte le plus de renseignements, dans l'étude des cas de rétraction pul-

monaire. Et s'il est insensé de vouloir juger un tuberculeux sur son seul aspect radiographique, on peut souvent, pour apprécier une rétraction, se contenter d'un cliché et de l'écran. Dans la majorité des cas du moins, les signes physiques ne sont que d'un intérêt secondaire, comparés aux signes radiologiques. Nous verrons cependant, dans un chapitre ultérieur, que certains aspects discutables sont éclairés par l'examen physique et radiologique combiné.

La radiographie (donnée statique) et la radioscopie (étude cinématique), sont l'une et l'autre utiles dans l'analyse de la rétraction. Envisageons-les successivement dans ce chapitre.

1° ASPECT RADIOGRAPHIQUE.

Précaution préalable : veiller à la parfaite correction de position du malade lors de la prise du cliché : position frontale. Nous verrons plus loin qu'il n'est pas toujours facile de réaliser cette condition. Supposons-la, ici, assurée.

En général, *la diminution de surface du champ pulmonaire* est le premier aspect qui saute aux yeux. Nous ne disons pas « asymétrie », ce fait étant, au sens propre, chose normale. Etant donné l'anatomie du cœur et du médiastin, l'asymétrie existe toujours aux dépens du champ pulmonaire gauche. Mais on est frappé, dans une rétraction nette, par la *petite surface relative* d'une plage pulmonaire : diminution verticale, transversale, ou les deux à la fois.

Le hile est souvent atteint de déplacements importants, en hauteur.

Il est rarement abaissé ; on conçoit facilement que

les efforts de traction siégeant à la base du poumon provoqueront plutôt l'ascension du diaphragme, organe souple et mobile, que l'abaissement du hile solidaire des grosses bronches.

Mais il est souvent remonté, attiré vers le sommet du poumon, auquel il semble appendu ; il peut même disparaître au milieu de condensations du parenchyme apical.

L'analyse des limites du champ pulmonaire est toujours nécessaire pour apprécier le degré et le siège de la rétraction.

La paroi costale, en dehors, est souvent aplatie, sa courbe n'est plus la ligne normale que nous avons en mémoire.

Les côtes sont rapprochées, tendant à s'imbriquer, surtout au sommet, rétrécissant les espaces intercostaux. Leur obliquité normale est exagérée à ce niveau. Parfois légèrement tordues sur leur axe, leur nouvelle incidence les fait paraître plus minces que les côtes correspondantes du côté opposé.

La fenêtre arrondie que circonscrit la première côte est souvent très réduite.

Ces déformations peuvent être segmentaires, intéressant seulement quelques côtes, ou un volet plus étendu. Parfois elles frappent l'ensemble du gril costal d'un côté ou des deux côtés.

Mais il est intéressant de noter qu'un effort de traction très limité et s'appliquant sur une seule côte, par exemple, entraînera presque toujours des déformations de plusieurs côtes sus et sous-jacentes.

M. BRAUN, dans une communication à la Société

de Biologie, en 1911, sur « *la Mobilité thoracique* », a mis en relief ce fait de la « *solidarité des côtes* », dont on doit tenir compte ici.

Le diaphragme est fréquemment surélevé, irrégulier dans sa courbe, festonné ou déformé en toit à angle plus ou moins accentué.

Le cul-de-sac costo-diaphragmatique est souvent effacé, ou obscurci, diminué dans sa profondeur par rapport à l'autre côté. D'autres fois, il semble parfaitement libre. Dans certains cas même, la voûte diaphragmatique déformée se termine en dehors par un versant à pic, qui fait paraître le cul-de-sac plus accentué et plus profond que normalement.

La colonne vertébrale est souvent déformée, elle aussi. Ce fait a d'ailleurs été l'objet de nombreuses discussions sur la façon dont on devait la comprendre. Nous nous attarderons plus loin aux interprétations possibles. Signalons seulement ici la fréquence de la scoliose « dont la concavité est dirigée du côté de la rétraction » (AMEUILLE et TROCMÉ); les torsions du rachis sur son axe, la ligne des épineuses apparaissant franchement à droite ou à gauche de l'axe du rachis; la cyphose et les cypho-scolioses que mettent en lumière les radiographies frontales, de profil et en oblique, comparées.

Le sternum est fréquemment déplacé, attiré du côté rétracté. Mais là encore certaines discussions sont nécessaires. Nous nous y appliquerons dans un chapitre ultérieur.

Le médiastin, enfin, est, par sa position, le repère le plus évident de la rétraction. Ses limites sont floues, parfois impossibles à préciser.

C'est le plus souvent sur le médiastin inférieur que porte surtout la rétraction. D'autres fois sur le médiastin supérieur « dont on juge bien la position en observant la bande de clarté trachéale qui doit être sensiblement médiane » (AMEUILLE et TROCMÉ).

Mais d'autres déformations médiastinales peuvent intervenir : anomalies de contour (médiastin rectiligne, par exemple), dues parfois à des phénomènes de torsion. Les radiographies prises sous des angles légèrement obliques prouvent cette torsion en reconstituant alors les contours normaux du cœur et des vaisseaux (Cf. obs. N° VI).

Signalons l'aspect « pointu » du poumon, décrit par RIBADEAU-DUMAS, lorsque s'associent la rétraction pariétale d'un sommet et le déplacement correspondant du médiastin supérieur.

Enfin, les tractions sur le médiastin réalisent parfois des aspects curieux dans lesquels l'ombre médiastinale n'est pas déplacée dans son ensemble, mais seulement dans certains de ses organes : la trachée, par exemple ou l'œsophage dont le trajet est mis en évidence par l'absorption de bouillie barytée épaisse ; l'aorte, peut-être le plus souvent, dont l'ombre rectiligne ou incurvée se détache curieusement de l'ombre rachidienne.

L'observation N° II que nous allons reproduire, avec schéma à l'appui, est un exemple frappant de ces cas de rétractions partielles dissociées ou complexes.

OBSERVATION II

M. Co... Philippe, vient consulter au Centre de Triage de l'Hôpital Saint-Antoine le 2 avril 1931. Il se sait porteur d'une tuberculose pulmonaire ancienne, et en attribue l'origine à la guerre, où il a été gazé. Il y a un an, une Commission de réforme a trouvé des bacilles dans son expectoration. Mais il présente depuis deux mois, des troubles plus marqués.

Au début de février, est apparue une légère hémoptysie avec filets de sang dans ses crachats pendant une journée. *Pas d'autre antécédent personnel* intéressant, et notamment *pas de pleurésie*.

Ses antécédents familiaux ne semblent pas chargés : Père et mère morts il y a plusieurs années d'affection indéterminée ; un frère bien portant, deux enfants (5 et 4 ans) sont en bonne santé apparente.

Ce malade, depuis son hémoptysie, tousse et crache abondamment. Toux surtout nocturne, fatigante, cause d'insomnies. Expectoration muco-purulente.

Points de côté fréquents, et parfois très douloureux, très variables dans leur siège et dans leur durée.

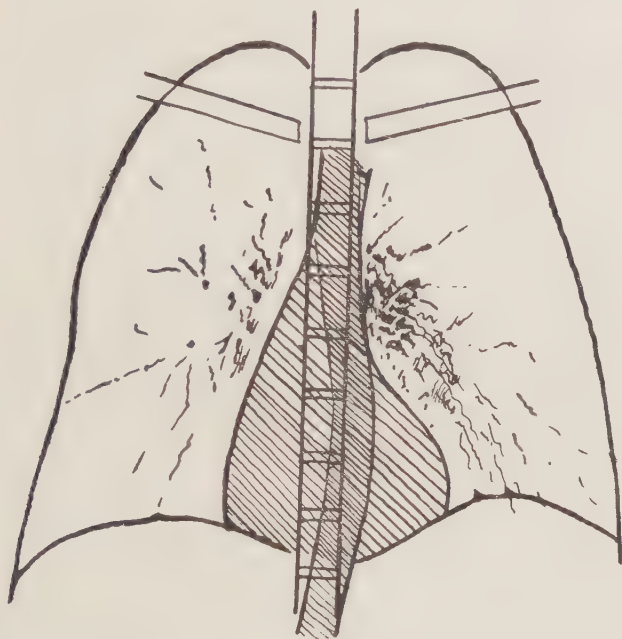
Amaigrissement récent, de 3 kilos. Bon appétit et digestions normales. Forces conservées, et le malade ne travaille pas, par suite du chômage.

A l'examen physique : rien de nettement anormal : faciès et habitus assez bons ; pas d'asymétrie apparente. Sonorité normale des champs pulmonaires à la percussion.

L'auscultation ne révèle que très peu de chose : rudesse de la respiration dans les deux champs ; sibilants disséminés, silence respiratoire relatif à la base gauche.

La radiographie (cf. schéma Obs. II) s'accorde avec l'auscultation, en ce sens qu'elle ne montre que fort peu de chose à l'intérieur du parenchyme : traînées opaques clairsemées à droite, plus denses à la base gauche. Hile gauche opaque, chargée de taches floues.

Mais, contrastant avec cette intégrité relative des champs pulmonaires, de gros signes de rétraction, marqués des deux côtés et curieusement combinés.



OBSERVATION II

A droite : le gril costal est affaissé à sa partie moyenne ; léger resserrement des côtes à ce niveau ; le cul-de-sac diaphragmatique est peu accentué.

A gauche : le diaphragme est surélevé au point de dépasser d'un travers de doigt le niveau de l'hémi-diaphragme droit. Il est de plus festonné et comme accroché par quelques travées visibles dans le parenchyme pulmonaire.

Au centre, le médiastin présente une conformation inattendue : le bord droit du cœur anormalement convexe, dépasse très franchement, de trois travers de doigt, l'ombre rachidienne. Cependant l'ombre de l'aorte descendante,

nettement visible, subit un mouvement de flexion à convexité gauche, s'écartant du rachis jusqu'à se juxtaposer à lui vers la 7^e vertèbre dorsale, pour revenir au-devant de lui au niveau du diaphragme.

En résumé : tuberculose pulmonaire ancienne avec très peu de signes parenchymateux. Mais en revanche, syndrome de rétraction très accentué, bilatéral et dissocié, portant sur la paroi et le cœur à droite, sur l'aorte descendante et le diaphragme à gauche.

L'observation que nous venons de reproduire attire également l'attention sur un autre point important de la radiographie dans la rétraction : le côté opposé.

Le côté opposé peut être le siège de phénomènes de rétraction plus ou moins marqués. C'était le cas ici, et nous verrons plus loin que ces faits de rétraction bilatérale ne sont pas rares. D'autres fois, au contraire, il semble doué d'une hypertrophie compensatrice qui n'est souvent que la mise en jeu de son élasticité (et voilà l'occasion de souligner la différence, parfois mal comprise, qui existe entre « *l'élasticité* » et la « *rétractilité* » pulmonaire).

Le parenchyme du poumon rétracté peut présenter les aspects les plus divers à la radiographie. Il est impossible de les décrire en détail dans ce chapitre. Notons seulement, à ce sujet, certaines notions essentielles.

- 1° La plupart des aspects radiologiques de la tuberculose pulmonaire sont susceptibles de s'associer au syndrome de rétraction ;
- 2° Les rétractions accentuées s'accompagnent généralement de voiles homogènes, ou de bandes opa-

ques effaçant et fondant les ombres propres des lésions tuberculeuses ;

- 3° Certaines rétractions, néanmoins, contrastent avec l'absence d'ombre parenchymateuse, importante, l'obs. N° II en était un exemple. (Nous reviendrons plus loin sur ce cas.)
- 4° Un aspect particulier, enfin, peut être réalisé, c'est l'*aspect granuleux* décrit par MM. BEZANÇON, BRAUN et DUHAMEL dans certaines tuberculoses fibreuses, ainsi que par MM. RIST, ROLLAND, JACOB et HAUTEFEUILLE et MM. BURNAND et SAYÉ, sous le nom de « granulies froides » ou de « granulies chroniques » : cet aspect granuleux apparaît sur fond voilé, au milieu de fines mailles réticulées, sous forme de grains à contours imagés (massue, trèfle, corymbe), « évoquant la topographie du lobule pulmonaire ».

Tel est, dans ses grandes lignes, l'aspect radiographique du syndrome de rétraction.

2° ASPECT RADIOSCOPIQUE.

La radioscopie permet d'étudier à l'écran la cinématique respiratoire, fort intéressante ici, et de faire varier à volonté les incidences utiles.

Le mouvement des côtes et l'élargissement inspiratoire des espaces intercostaux sont nettement diminués d'amplitude du côté rétracté.

Le diaphragme présente une rigidité totale ou segmentaire. Le cul-de-sac costo-diaphragmatique peut être bloqué, ou rester libre dans son jeu d'ouverture et de fermeture. Du côté sain, au contraire, tous ces mouvements ont souvent une amplitude augmentée.

Le médiastin est fréquemment animé de mouvements oscillatoires rythmés par la respiration, attiré à l'inspiration du côté rétracté. M. RIST et d'autres auteurs ont insisté sur ce phénomène.

C'est à la radioscopie également que l'on peut le mieux apprécier les déplacements de *l'œsophage* déjà signalés ici. MM. PAISSEAU, GUÉNAUX et LAMBLING en ont fait une étude approfondie, insistant sur l'inconstante solidarité trachéo-œsophagienne, et sur le rôle de la médiastinite scléreuse, dans ces déviations chez les tuberculeux.

Enfin, on peut faire varier à l'infini, sous l'écran, *l'incidence des rayons*, soit par les déplacements du sujet, soit par ceux que l'on peut imprimer à l'ampoule, tant verticalement que transversalement. On peut faire varier la pénétration des rayons, ou diaphragmer sur une plage restreinte de l'image. Grâce à de nombreux artifices, il est possible d'analyser avec plus de précision que sur le cliché la disposition des éléments du squelette, les contours et les reliefs du paquet médiastinal, ou la topographie réelle de certaines ombres intraparenchymateuses. D'où l'utilité de la radioscopie pour l'étude et le diagnostic des rétractions. On ne saurait trop insister sur ce point.

III. — SIGNES FONCTIONNELS ET GENERAUX

Si nous avons réservé pour la fin l'étude des signes fonctionnels dans la rétraction, c'est parce qu'ils présentent peu d'intérêt en tant que signes de rétraction, alors qu'au contraire, ils prennent une grande signifi-

cation comme conséquences, ou comme épiphénomènes survenant au cours de la rétraction pulmonaire.

1° SIGNES GÉNÉRAUX.

Les signes généraux ne présentent ici rien de particulier, sauf un caractère d'ensemble, qui les revêt souvent : leur peu d'intensité, comparée aux lésions pulmonaires parfois accusées, que révèlent l'auscultation et la radio. Dans la majorité des cas, la rétraction semble donc exercer un effet favorable sur l'évolution, chez ces tuberculeux qui continuent à travailler, maigrissent peu, et gardent leurs forces.

2° SIGNES FONCTIONNELS.

Les signes fonctionnels s'opposent ici en deux catégories :

- A) Certains sont variables dans leur intensité : la *toux* et l'*expectoration*, en rapport avec la nature des lésions tuberculeuses et le degré de réaction bronchique. D'où des formes sèches, où le malade tousse sans cracher, ou parfois même tousse à peine ; et au contraire, des formes où la toux est fréquente, l'expectoration abondante, au point même de faire penser à une dilatation bronchique souvent en cause et que révèle le lipiodol. Enfin, la tendance hémoptoïque des formes fibreuses rend compte de la fréquence des hémoptysies au cours du syndrome de rétraction.
- B) D'autres signes fonctionnels, au contraire, sont presque toujours accentués, nettement influencés

par l'intensité du processus rétractile; certains même n'apparaissent que dans les tuberculoses accompagnées de rétraction.

1° *Les douleurs thoraciques* sont un élément important du syndrome. Elles siègent en des lieux divers : au niveau des espaces intercostaux, aux bases, soit en avant s'étendant aux hypocondres, soit en arrière, irradiant parfois à la région lombaire, le long de la colonne vertébrale et surtout aux sommets; douleurs sous-claviculaires ou, en arrière, douleurs localisées aux espaces inter-scapulo-vertébraux, ou aux fosses sus et sous-épineuses, qui sont peut-être le lieu d'élection de ces douleurs thoraciques.

Ces douleurs affectent des types divers : sensations de tiraillements, le plus souvent; élancements à type névralgique; brûlures, picotements et piqûres franches; douleurs à caractère rhumatismal (pleurodynies).

Elles sont enfin très variables dans leur fixité et leur intensité, depuis les douleurs fugitives se déplaçant à chaque instant ou chaque jour, jusqu'aux douleurs disparaissant et reparaissant toujours fidèlement au même point et s'installant parfois pour de longues périodes.

Que leur origine soit au niveau du médiastin tirillé, des plexus nerveux pulmonaires ou sous-pleuraux emprisonnés dans des formations scléreuses ou fibreuses, ou des nerfs intercostaux irrités au voisinage de la plèvre, on comprend la fréquence de ces douleurs au cours des rétractions.

L'observation suivante en est un exemple.

OBSERVATION III

Mme Mar... Isolina, 29 ans, vient consulter au Centre de Triage de l'Hôpital Saint-Antoine le 6 mars 1930, parce que depuis quelques mois elle tousse un peu et souffre de points de côté très douloureux. Elle se sait tuberculeuse depuis plusieurs années.

Ses antécédents familiaux sont chargés. Elle a perdu sa grand'mère de tuberculose pulmonaire. Son père souffre de « bronchite chronique », tousse et crache tous les hivers, une sœur est tuberculeuse. Son mari tousse et crache beaucoup, il est fils de mère tuberculeuse morte, il y a 17 ans.

Comme antécédents personnels, elle a présenté une légère hémoptysie en 1925 et se sait tuberculeuse depuis 1920. Elle n'a jamais eu de pleurésie, mais aurait fait de la « pleurésie sèche » en 1920. De 1920 à 1930, a été soignée en Italie où plusieurs examens de crachats ont été positifs.

Actuellement, elle présente peu de troubles : tousse et crache, mais peu, n'a pas maigri, se sent un peu fatiguée. Mais surtout, elle accuse des douleurs thoraciques très intenses, à type de tiraillements, discontinues, mais réapparaissant très souvent. Elles sont variables dans leur siège, mais prédominant à droite, surtout vives au niveau de la fosse sus-épineuse et en dedans de l'omoplate. Elle dort mal et transpire un peu la nuit. Bien réglée. Bon appétit.

L'auscultation fait entendre pour tout signe quelques râles après la toux, à droite, en arrière.

L'examen direct de l'expectoration ne révèle pas de bacilles.

La radio montre peu de signes parenchymateux, hiles chargés et traînées sombres, surtout marquées à droite, allant du hile au diaphragme qu'elles semblent attirer et déformer en toit. Le bord droit de l'ombre médiastinale dépasse de deux travers de doigt le bord droit du rachis.

Revue en janvier et en février 1933, cette jeune femme va bien mais accuse toujours des points de côté qui persistent depuis trois ans,

En somme : ancienne tuberculose pulmonaire ayant regressé, avec apparition de signes de rétraction pulmonaire et apparition parallèle de douleurs thoraciques pénibles et persistant depuis trois ans.

2° *La dyspnée* est également un phénomène d'observation courante dans les cas de rétraction.

Dyspnée permanente, parfois, que la diminution du champ de l'hématose peut suffire à expliquer.

Plus souvent, c'est une dyspnée d'effort. Nous l'avons retrouvée chez plus de la moitié des malades que nous avons interrogés sur ce point. Et elle est souvent assez intense pour que le malade l'accuse spontanément ; c'est parfois même cette dyspnée qui l'amène à consulter.

D'autres fois, ce sont de vraies crises de dyspnée paroxystiques à type asthmatiforme. Nous avons pu, avec M. BRAUN, observer récemment quelques cas d'asthmes caractérisés ayant apparu au cours du développement de rétractions pulmonaires. Rien d'étonnant à cela, et peut-on concevoir une épine irritative plus active que les perturbations bronchiques et parenchymateuses qui accompagnent la rétraction ?

Enfin, il faut penser à l'origine cardiaque fréquente de ces accidents dyspnéiques et nombreux sont les auteurs qui ont insisté sur le retentissement cardiaque, grave parfois, de la rétraction. Le cœur n'est pas seulement déplacé, mais souvent entouré de séreuses rigides, sclérosées, gênant ses contractions ; et les gros vaisseaux de la base peuvent être tirillés, coudés,

étranglés parfois, dans les tissus rétractés. Nombre d'*insuffisances cardiaques* relèvent de cette cause et il faut savoir, devant certaines *asystolies* inexpliquées, penser à cette étiologie.

Signalons, en dernier lieu, quelques symptômes fonctionnels plus rares :

Crises d'angor, ou *d'angine de poitrine vraie*.

Dysphagie, en rapport avec une déviation de l'œsophage, dont nous avons signalé déjà la possibilité.

Dysphonie, avec voix bitonale, avec *toux quinteuse* parfois, relevant d'irritations récurrentielles bien explicables, et pouvant faire errer le diagnostic en faisant penser, chez tel tuberculeux, à une laryngite bacillaire, si la laryngoscopie ne venait trancher le diagnostic.

CHAPITRE II

Diagnostic différentiel de la rétraction

Nous diviserons ce chapitre en deux parties :

Dans la première et la plus importante, nous étudierons *les causes d'erreur* qui sont autant de difficultés d'interprétation, et peuvent faire affirmer la rétraction là où elle n'est pas, aussi bien qu'elles peuvent rendre imperceptible à première vue, une rétraction réelle.

En second lieu, nous signalerons les principaux cas de *fausses rétractions*, dans lesquelles le syndrome se trouve parfaitement réalisé, mais par un processus différent de la rétractilité pulmonaire.

Causes d'erreur

A) A L'INSPECTION, déjà, certains signes apparents de rétraction, les signes d'asymétrie surtout, peuvent être sujets à caution. Mais les mêmes problèmes se posent à la radio. Aussi est-ce à la lumière des rayons X que nous étudierons ces causes d'erreur, en rappelant alors l'intérêt de l'inspection et de la radiologie comparées.

B) A L'AUSCULTATION. — Peu de signes risquent d'entraîner des erreurs d'interprétation. Un très important, cependant, mérite d'être mis en vedette :

Le syndrome pseudo-cavitaire. Il peut être réa-lisé par d'importantes dilatations bronchiques telles que le lipiodol en révèle si souvent dans ces tuberculoses fibreuses avec sclérose rétractile.

Mais le plus souvent, c'est la déviation trachéale qui est responsable des bruits perçus. Est-il nécessaire de rappeler les nombreuses publications qui ont insisté sur ce fait ? Signalons les principales : celles de MM. BEZANÇON, JAQUELIN et MORIN, dans la *Revue de la Tuberculose* ; celles de M. ARMAND-DELILLE et de MM. LAUBRY et BLOCH qui reproduisent des observations convaincantes.

Tous les éléments du syndrome cavitaire peuvent se trouver réunis : souffle à timbre cavitaire ou amphorique, râles bulleux et consonnants, bruit de gargouillement, bruit de pot fêlé, bronchophonie et pectoriloquie aphone, retentissement particulier de la toux. Il faut savoir incriminer la déviation trachéale possible. On peut la soupçonner par la recherche de signes de rétraction et par la palpation du creux sus-sternal ; mais c'est surtout la radiographie qui la révèle, avec ou sans l'aide du lipiodol.

C) A LA RADIOLOGIE, certains aspects demandent une discussion serrée.

La mauvaise position du malade, lors de la prise d'un cliché, est une première cause d'erreur importante, et d'autant plus dangereuse qu'elle passe facilement inaperçue à l'examen de la radiographie.

En position frontale parfaite, chez le sujet normal, les ombres du sternum et du rachis se superposent, de sorte que les deux articulations sterno-claviculaires sont visibles, symétriques de chaque côté de l'ombre rachidienne. Mais cela n'est plus vrai en position oblique, même légère. D'où la nécessité de remplir les conditions suivantes : parallélisme entre la plaque ou l'écran, et le plan des clavicules ; position médiane de l'ampoule ; dos du sujet bien appliqué sur la planche de l'appareil.

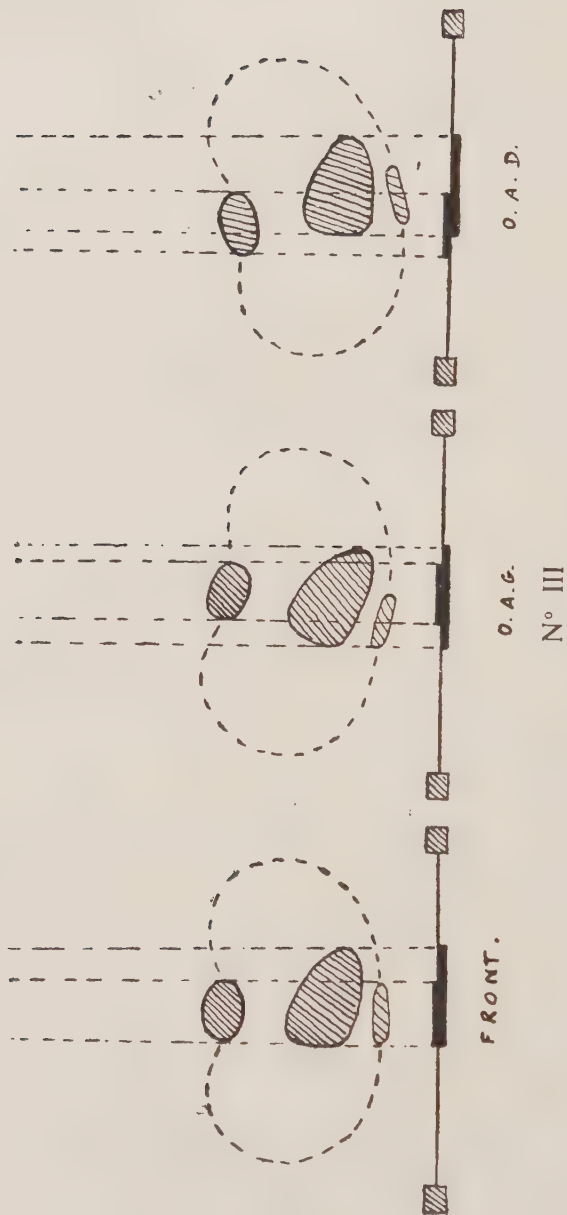
Si la position frontale n'est pas rigoureusement observée, les rapports des ombres projetées, cardio-médiastinale et rachidienne, peuvent varier considérablement. Et cela pour une variation d'incidence d'un angle minime.

Chez un sujet normal, par exemple (*V. schéma N° III*) :

- a) *En frontale* les bords droits de l'ombre rachidienne et de l'ombre cardio-médiastinale se superposent approximativement (avec des variations minimes d'un individu à l'autre).
- b) *En para-frontale* O. A. D. légère, l'ombre cardio-médiastinale est déportée à gauche, par rapport à celle du rachis.
- c) *En para-frontale* O. A. G. légère, l'ombre cardio-médiastinale est au contraire déportée à droite.

Les trois schémas ci-contre nous semblent éclairer suffisamment ces trois points.

Ainsi donc, chez un sujet normal, de légères obliquités d'incidence peuvent parfois simuler une rétraction assez importante, par le déplacement de l'ombre médiastinale qu'elle entraîne.



On comprend aussi bien que, faute d'une incidence parfaitement normale, un cas de rétraction puisse passer inaperçu, l'ombre du médiastin déplacé semblant occuper sa situation normale.

Les deux observations N^{os} IV et V que nous reproduisons ici illustrent ces deux cas.

OBSERVATION IV

Mlle Fa... Gilberte, 23 ans, est envoyée au Centre de Triage, par la Consultation de médecine de l'Hôpital Saint-Antoine, le 25 janvier 1932.

Elle est malade, depuis sept ans, ayant eu à cette époque une hémoptysie sérieuse. Pas d'autres antécédent personnel, en dehors de cette hémoptysie.

Mariée deux fois, elle a perdu ses deux maris de tuberculose pulmonaire. Elle a deux enfants de 5 et 11 ans, bien portants.

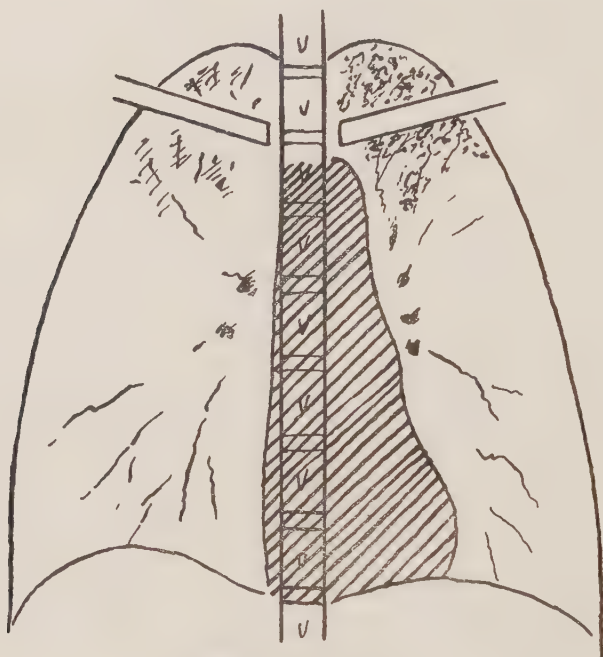
Elle présente actuellement des troubles banaux : toux, expectoration muco-purulente, fatigue, amaigrissement, sueurs nocturnes.

A l'auscultation : quelques craquements après la toux, au sommet droit, sibilants dans le reste des champs pulmonaires.

Présence de bacilles dans l'expectoration.

Une radiographie est faite à cette date et sept radios sont faites successivement du 3 février 1932 au 27 avril 1933. Leur aspect ne varie pas (*cf. schéma Obs. IV, n° 1*) : taches opaques, non homogènes, assez denses au sommet droit ; au sommet gauche, opacité moins franche, à dispositions plus trabéculaires, hiles chargés et arborisations légères aux deux bases.

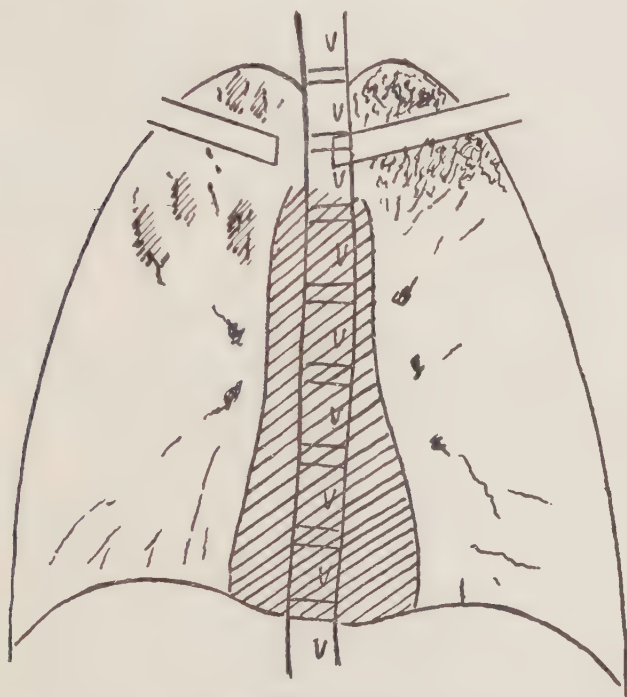
Pas ou très peu de signes de rétraction (quelques festons des voûtes diaphragmatiques. Médiastin un peu étiré, à limites assez rectilignes, mais en position normale, absolument médian.)



OBS. IV. — N° 1

Cependant l'une de ces radiographies (le 7 février 1933) présente un aspect très différent (*cf. schéma obs. IV n° 2*) par la position du médiastin, déporté à droite, son bord droit débordant largement l'ombre rachidienne. Donc grosse rétraction apparente. Mais en regardant de plus près ce cliché, on s'aperçoit que les extrémités des clavicles ne sont pas symétriques par rapport au rachis. La clavicule droite semble s'écarter de l'ombre vertébrale, alors que la clavicule gauche empiète au contraire, sur cette ombre. De plus, la clavicule droite semble vue en raccourci. Enfin, la

ligne des épineuses, bien visible, est déportée inversement, à gauche de l'axe des vertèbres ; et l'ombre rachidienne présente une légère convexité gauche.



OBS. IV. — N° 2

En résumé, chez cette malade, la vue d'un seul cliché du 7 février 1933 aurait fait croire à une rétraction importante, alors qu'il n'en était rien.

OBSERVATION V

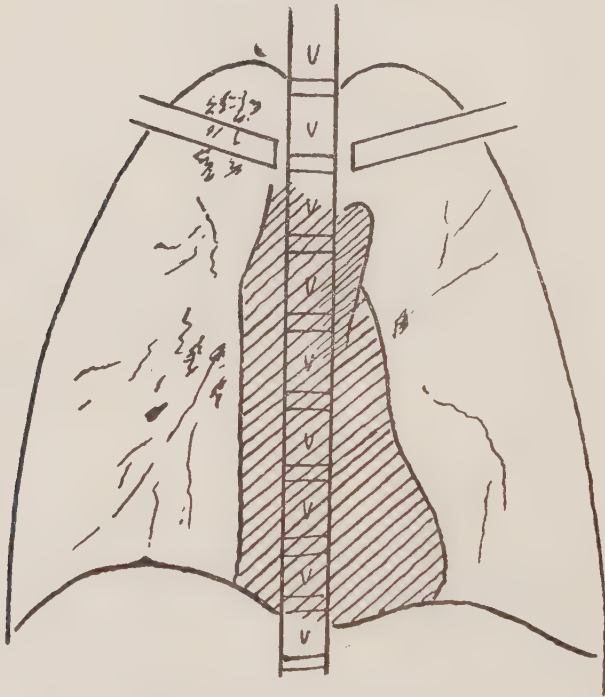
M. Cor... Alphonse, 23 ans, se présente au Centre de Triage, venant de la Consultation de médecine de l'Hôpital Saint-Antoine, le 7 février 1929.

Depuis un an, il tousse et crache de plus en plus, présente des périodes de fièvre oscillant entre 38° et 39° , et se plaint de points de côtés fréquents et tenaces. Il a maigri, se sent très fatigué.

Antécédents familiaux : père mort tuberculeux après une grave hémoptysie ; mère morte de cardiopathie.

Antécédents personnels : Bronchite grave en 1923 ; plusieurs hémoptysies légères. Erysipèle en 1927.

A l'auscultation : La respiration est rude et soufflante à droite, et on décèle du même côté quelques craquements rares après la toux. Rien à gauche,



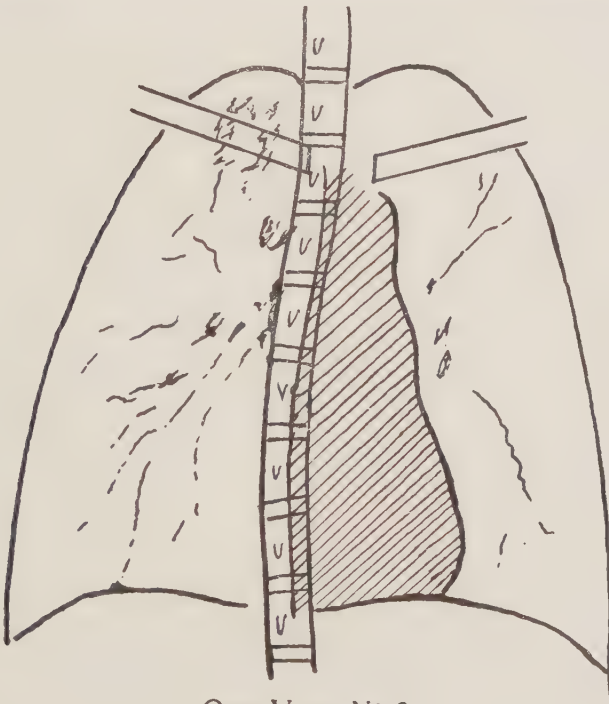
OBS. V. — N° 1

L'examen direct et après hémogénéisation, des crachats ne décèle pas de bacilles.

La radiographie (cf. schéma obs. V, n° 1) révèle :

— A gauche : quelques arborisations discrètes, inter-cléido-hilaires.

— A droite, des images analogues, mais beaucoup plus accentuées, entre le hile et le diaphragme, avec quelques taches plus opaques derrière la clavicule, mais surtout une rétraction très accentuée, qui se traduit presque exclusivement par une grosse déviation de la trachée et du médiastin. Celui-ci est limité à droite par un bord cassé à angulation très marquée, à l'union de ses deux tiers supérieurs. Sept autres clichés ont été faits depuis celui-là, le dernier en mars 1933. Six, dont le plus récent, donnent une image



OBS. V. — N° 2

à peu près superposable à la précédente. Mais sur l'un d'eux, l'avant-dernier, toute rétraction a disparu, et le médiastin semble même déplacé à gauche (apparence de rétraction gauche légère) (*cf. schéma obs. V, n° 2*).

Cependant ce cliché n'est pas pris en position frontale correcte. En font foi : l'asymétrie des clavicules déportées à gauche avec clavicule gauche vue en raccourci ; le déplacement à droite de la ligne des épineuses, et la convexité droite du rachis.

Dans cette observation, la vue de l'avant-dernier cliché isolé aurait pu faire croire à une rétraction nulle, ou même à une légère rétraction gauche, alors qu'il s'agit en réalité d'une rétraction pulmonaire droite des plus nettes, comme le montrent les autres radiographies.

Notons, à la suite de ces deux observations, ces autres signes de mauvaise position que l'on retrouve fidèles, dans l'une et l'autre :

Le rachis n'est plus rectiligne, mais incurvé : scoliose apparente dont la convexité regarde à droite dans les O. A. D., à gauche dans les O. A. G., donc du côté qui donne son nom à l'incidence.

La ligne des apophyses épineuses, nettement visibles sur chaque vertèbre, ne suit plus l'axe du rachis, mais est déportée du même côté que la convexité, c'est-à-dire là encore du côté qui donne son nom à l'incidence.

Ces deux derniers points nous amènent à discuter une autre cause d'erreur fréquente dans le diagnostic de la rétraction : les *malformations squelettiques*, rachidiennes surtout (scolioses, torsion, ou cypho-scolioses).

Nous venons de voir qu'une scoliose apparente pouvait être réalisée sur les clichés pris en position incorrecte. Mais devant l'image d'une scoliose réelle, on

risquerait de conclure aussi à la position incorrecte du sujet. Et ce danger est d'autant plus grand que les autres signes signalés tout à l'heure se trouvent souvent réalisés par la scoliose : le déplacement du sternum avec asymétrie claviculaire ; le déplacement latéral de la ligne des épineuses, dû ici à des phénomènes de torsion du rachis sur son axe vertical ; de même le rétrécissement unilatéral des espaces intercostaux.

Nous avons vu, en étudiant le syndrome de rétraction, que la scoliose y était fréquente. Elle en est alors la conséquence. Mais dans certains cas, une scoliose primitive peut s'observer, qui par l'asymétrie thoracique qu'elle entraîne, simule une rétraction pulmonaire.

On voit la complexité de la question que pose un cliché.

Schématisons-la :

1° *S'agit-il d'une scoliose vraie ; ou d'une scoliose apparente, la radiographie n'étant pas prise en frontale parfaite ?*

2° *S'il s'agit d'une scoliose véritable, est-elle la conséquence d'une rétraction pulmonaire ; ou simule-t-elle cette rétraction par les déformations thoraciques qu'elle entraîne ?*

a) La première partie du diagnostic : est-ce une scoliose ou une apparence ? — peut se résoudre par l'examen physique soigneux du sujet, comparé à plusieurs radiographies, et aidé de la radioscopie sous des incidences diverses.

b) La deuxième question : la scoliose est-elle secondaire à la rétraction ou primitive, simulant cette rétraction ? — ne peut trouver sa réponse que par un interrogatoire minutieux (pas toujours convaincant).

On apprend, par exemple, que tel malade était scoliotique, longtemps avant d'être tuberculeux. Tel autre raconte qu'il était bien conformé autrefois ; c'est seulement depuis sa maladie que progressivement, il en est venu à présenter l'aspect actuel.

Mais, on ne peut toujours tabler sur des notions aussi nettes. On y suppléera par l'analyse soigneuse des images parenchymateuses (nous avons vu que certains aspects étaient fréquents dans les cas de rétraction, aspects de fibrose ou de sclérose, mais qu'ils n'étaient pas constants) ; et surtout par la recherche des signes de rétraction qui ne dépendent pas du squelette : déformation du diaphragme, altérations du cul-de-sac costo-diaphragmatique, anomalies du médiastin dans ses contours, dans sa situation, ou dans la disposition de ses éléments.

Mais devant un thorax vraiment asymétrique, il peut être impossible de repérer quel est le véritable plan frontal, donc impossible de réaliser une radiographie en position parfaitement correcte. Il faut donc convenir que certains clichés restent aussi douteux dans leur interprétation que difficile dans leur réalisation.

D'autres causes d'erreur, nombreuses, viennent encore dérouter le diagnostic de la rétraction. Nous ne pouvons que citer rapidement les principales, sans nous y attarder.

Certaines, intéressent encore le squelette ; qu'il s'agisse de déformations rachitiques (souvent associées à la tuberculose) ; de déformations tuberculeuses (Pott, ostéites...), ou d'autres plus rares (ostéomala-

cie...). Des fractures ayant atteint les côtes ou une clavicule, peuvent également laisser subsister des déformations importantes.

D'autres anomalies intéressent les organes intrathoraciques. On ne prendra pas pour un signe de rétraction une déformation diaphragmatique due à une tumeur du foie, par exemple. De même, certaines images de cœurs pathologiques (dilatation du ventricule gauche, ou bord droit bombé) ne devront pas être prises pour une attraction du médiastin inférieur. Non plus, certaines ectasies aortiques ou tumeurs du médiastin supérieur.

Mais là encore, un cas délicat est à signaler : les images de cœur *en goutte* ou de cœur à *type vertical* avec médiastin d'aspect aminci, à bord gauche presque rectiligne, et effacement de la saillie de la pointe. Cette image peut être réalisée par des rétractions agissant sur le médiastin non plus en attraction latérale, mais en *torsion* ; la pointe peut être alors reportée en arrière, et son profil disparaît. Il reparaît en O. A. G.

L'observation suivante en est un exemple :

OBSERVATION VI

Mlle Na... Lucienne, 23 ans, consulte au Centre de Triage de l'Hôpital Saint-Antoine, le 30 janvier 1933, adressée par le Service d'Hygiène sociale.

Elle a présenté, il y a deux ans, un épisode pulmonaire aigu qualifié de congestion pulmonaire. Depuis, elle tousse et expectore par épisodes fréquents. Elle est fatiguée, a maigri, et accuse des points de côté douloureux. Après une cure de cinq mois dans l'Yonne, elle est revenue il y a un

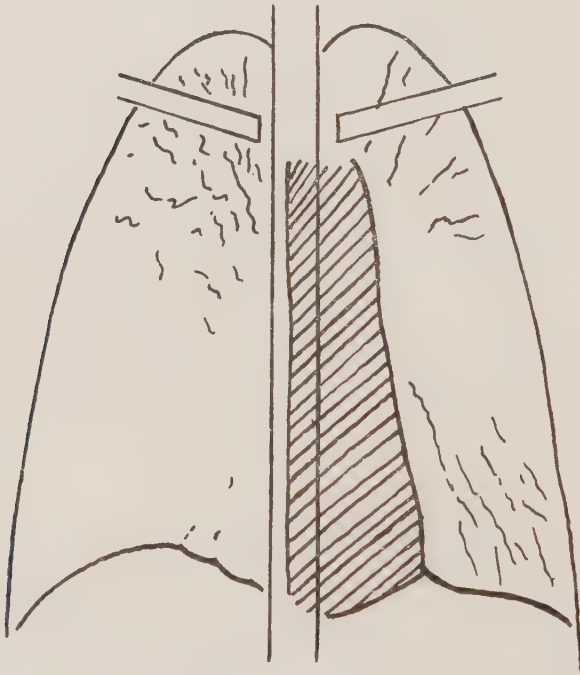
an et demi à Paris, où elle n'a cessé de travailler, malgré son asthénie.

On ne trouve, dans ses *antécédents personnels*, rien d'autre que cette congestion pulmonaire.

Rien à signaler dans ses *antécédents familiaux*.

L'*auscultation* révèle peu de chose : rudesse respiratoire aux sommets. Quelques sibilants dans les deux champs pulmonaires.

La *radiographie* (cf. schéma obs. VI) montre des marbrures denses aux deux sommets, prédominant à droite



OBSERVATION VI

avec rétrécissement des espaces intercostaux. Rien à la base droite sauf un diaphragme un peu festonné. A la base gauche : travées accentuées, étendues du hile au diaphrag-

me dont la courbe est irrégulière, comme cassée et tirée en haut, en son milieu.

Le médiastin, normal en haut, est rétréci en bas, la pointe du cœur effacée : dans l'ensemble, aspect du cœur vertical.

La malade est vue à la radioscopie ultérieurement. En O. A. G., légère, le cœur reprend ses contours normaux, avec saillie moyenne de la pointe : type normal de « cœur oblique ».

Cette observation est un cas typique de rétractions pulmonaires bilatérales et combinées ayant entraîné une torsion du médiastin sur son axe vertical, avec fausse image du cœur en goutte sur une radiographie frontale, alors que la radioscopie en O. A. G. restitue au cœur sa silhouette normale.

Il nous reste enfin à signaler d'autres causes d'erreur assez fréquentes : certaines pleurésies en évolution. Qu'il s'agisse de pleurésies enkystées, diaphragmatiques ou médiastinales, ou de pleurésies de la grande cavité, il est certain que par les ombres qu'elles projettent ou les déplacements qu'elles entraînent, elles peuvent simuler parfois des rétractions pulmonaires. Il n'est pas toujours facile d'en faire le diagnostic. Une ponction exploratrice ramenant du liquide est un critère absolu. Mais une ponction blanche, on le sait, ne prouve pas toujours l'absence de collection liquidienne.

“ Les fausses rétractions ”

MM. SERGENT et VIBERT décrivaient récemment sous cette appellation certains processus très différents de la *sclérose rétractile*, bien que présentant des aspects radiologiques voisins : *l'atélectasie* et la *paralysie du nerf phrénique*.

Ce terme de « fausses rétractions » est imaginé et judicieusement choisi pour l'idée qu'il veut suggérer. Il ne doit pas cependant être compris comme niant le rôle de la rétractilité, au moins physiologique, dans les phénomènes observés.

Cette *rétractilité* joue peut-être un rôle minime dans l'atélectasie telle que l'entendent les auteurs, mais elle reste le facteur prépondérant de la « fausse rétraction » par paralysie phrénique. Cette mise en garde nous semble utile ici contre une fausse interprétation du titre.

Il est intéressant de rappeler dans ce chapitre les différences remarquées par MM. SERGENT et VIBERT entre la sclérose rétractile et les processus que nous venons de nommer.

DANS L'ATÉLECTASIE :

« ...*Du point de vue statique...* l'affaissement de l'hémithorax est moindre, le déplacement du médiastin est plus régulier, moins sinueux, la déviation de la trachée est linéaire et non tortueuse, l'élévation de l'hémicoupe diaphragmatique est plus homogène, se

fait en bloc, sans feston ni bride, sans altération de la forme en coupole.

« *Du point de vue cinématique...* les différences sont peu appréciables ; tout au plus, peut-on remarquer que l'hémi-diaphragme du côté atelectasié est moins immobilisé et peut être animé de petits mouvements transmis, pour la raison qu'il n'est pas fixé par des adhérences... »

DANS LES PARALYSIES PHRÉNIQUES :

— *au point de vue statique* : « ...le diaphragme n'est pas déformé, pas festonné... » On voit « l'ombre cardiaque » dans une « attitude particulière... basculée... oblique... »

— *au point de vue cinématique* « l'hémi-diaphragme conserve une mobilité passive... » et l'on peut noter un « mouvement de bascule des deux hémi-diaphragmes », la demi-coupole paralysée se laissant refouler par la masse abdominale chaque fois que s'abaisse l'hémi-diaphragme sain.

En somme, signes distinctifs assez nets, à condition de savoir les rechercher par une analyse minutieuse de la radiographie, et un examen précis, à l'écran de la cinématique respiratoire.

CHAPITRE III

La plèvre dans la rétraction

Jusqu'ici, nous avons envisagé la rétraction, dans son syndrome et dans les problèmes intéressants qu'elle pose, sans préjuger du rôle de la plèvre.

Il nous a semblé préférable de n'aborder ce point qu'ensuite, afin de l'étudier indépendamment des autres sujets de discussion, après avoir au préalable éclairé ces derniers.

La plèvre, en effet, peut être seule responsable de certaines rétractions. Plus souvent, elle participe au processus, avec le poumon. Mais trop longtemps on a cru que c'était là un fait constant. Ce n'est que plus tard que l'on a admis la possibilité de rétraction pulmonaire pure, et c'est à M. AMEUILLE que revient en grande partie le mérite d'avoir répandu cette notion, par l'insistance avec laquelle il est revenu sur ce sujet.

Les malades dont l'observation nous a suggéré ce travail sont tous porteurs de rétractions sans pleurésie antérieure. Puissent leurs histoires contribuer à éclairer encore la question.

Mais un premier point est à éclaircir d'abord.

Il n'est pas toujours facile, en effet, d'acquérir la certitude que tel malade n'a jamais eu de pleurésie.

Il n'a parfois que des souvenirs imprécis sur un ancien épisode pulmonaire ou pleural (?) dont il ne saurait dire la nature exacte. D'autres fois, il parle d'une pleurésie dans ses antécédents ; mais un interrogatoire plus poussé révèle que l'on n'a pas pratiqué de ponction exploratrice, et qu'il ne sait pas s'il s'est agi vraiment d'un épanchement liquidien.

En revanche, avant d'éliminer la possibilité d'une pleurésie antérieure, on doit s'attacher à en dépister tous les indices, par un interrogatoire minutieux.

Aussi peut-on retrouver dans le passé la notion d'un épisode fébrile, accompagné d'un point de côté persistant, ayant duré plusieurs semaines. La toux, la dyspnée, une ponction dont le malade avait perdu le souvenir, peuvent parfois restituer ainsi un syndrome complet et qui ne laisse plus de doute. Mais on devra souvent se contenter de quelques-uns de ces signes pour tenir le malade comme suspect d'être un ancien pleurétique. Et, il faut l'avouer, il se peut encore que malgré un interrogatoire serré, on ne puisse acquérir une véritable certitude.

Mais, la pleurésie étant éliminée, et la rétraction constatée, il s'en faut de beaucoup que l'on puisse nier toute participation pleurale dans le phénomène.

La séreuse a en effet de nombreuses raisons d'y prendre part, même si les lésions observées ne semblent intéresser que le poumon.

Avant de rechercher les signes de cette atteinte pleurale, il est utile d'en exposer rapidement le pourquoi.

I. — POURQUOI LA PLÈVRE RÉAGIT-ELLE ?

Cette question s'éclaire d'un jour singulier par l'étude histologique de l'appareil pleuro-pulmonaire, et par la notion de *la tramite*, si bien mise en lumière ces dernières années par les travaux de MM. BEZANÇON et P. BRAUN.

La plèvre, en effet, ne se contente pas de tapisser étroitement la surface du poumon, et d'y pousser des scissures interlobaires. Elle en fait, si l'on peut dire, partie intégrante, émanant directement de la trame, par différenciation du tissu conjonctif : « Le tissu conjonctif entoure chaque lobule d'une capsule mince qui se continue à la périphérie avec le tissu sous-pleural.

« Un riche réseau lymphatique circule sous la plèvre et autour des lobules pulmonaires pour aboutir aux ganglions dont les plus importants sont situés au niveau de la bifurcation de la trachée mais dont les plus petits sont situés en plein parenchyme pulmonaire (1). »

Et l'on suit plus loin encore, jusque dans la paroi de l'alvéole, ces fines fibres conjonctives.

On voit la solidarité absolue de la plèvre et de la trame pulmonaire (qui ne sont que le prolongement l'une de l'autre), et la continuité de l'irrigation lymphatique de l'une et de l'autre. On sait d'autre part le caractère diffus des phénomènes de *tramite*; les travaux de MM. BEZANÇON et BRAUN ont insisté sur ce caractère de *diffusion*.

On comprend, dès lors, qu'il n'est pas besoin de lésion pulmonaire corticale, ou très périphérique, pour

(1) F. BEZANÇON : *Précis de Pathologie médicale. Maladies de l'Appareil respiratoire.*

entraîner une réaction pleurale active. De même qu'il n'est pas besoin non plus de lésion radiologiquement visible dans le parenchyme, et que déjà, au stade initial de la *tramite*, « tramite initiale », la plèvre peut être atteinte par la processus inflammatoire, et réagir avec plus ou moins d'intensité.

Si cette réaction inflammatoire, si cette *pleurite* est assez vive, la rétraction et les synéchies pleurales en seront les conséquences.

Mais si c'est là, comme nous venons de le voir, un phénomène logique, il s'en faut qu'il soit constant, loin de là. Toute la difficulté est de savoir quand il se produit, et à quels signes on peut les reconnaître.

II. — SIGNES DE LA PARTICIPATION PLEURALE DANS LA RÉTRACTION.

Il nous faut revenir ici sur l'interrogatoire et l'examen physique du malade, sur certains signes radiologiques, et parler d'un moyen d'investigation dont nous avons voulu réserver l'étude à ce chapitre : l'exploration pleurale à l'aiguille.

A) *Signes fonctionnels* :

Sans être absolument révélateurs, les signes fonctionnels peuvent déjà attirer l'attention dans ce sens.

L'un d'eux, surtout est à considérer : *la douleur*. Nous avons déjà dit que les douleurs thoraciques pouvaient revêtir un caractère d'intensité et de ténacité particulières. L'observation III en est un exemple qui se retrouve dans plusieurs autres, et qui est d'une rencontre courante. Ces douleurs sont à types divers, erratiques ou fixes dans leur siège, fugitives ou pro-

longées, répétées ou continues, laissant quelques semaines ou quelques mois de répit au malade pour reparaître à nouveau, coïncidant souvent avec des poussées fébriles d'élévation moyenne, s'accompagnant de toux sèche, en l'absence de lésions ramollies ou de catarrhe bronchique. Elles évoquent l'idée de pleurite subaiguë ou de pleurite à répétition, et doivent faire rechercher les autres signes d'atteinte pleurale.

B) *Signes physiques :*

Les signes physiques sont peu concluants, souvent trompeurs. La submatité perçue à la *percussion*, au sommet, à une base ou à un niveau suspendu ; la diminution à la *palpation* des vibrations vocales amorties par l'épaississement pleural, sont des signes classiques, mais souvent altérés par l'état du parenchyme sous-jacent.

Il en est de même à l'*auscultation* :

L'atténuation du murmure vésiculaire, ou sa disparition, la rudesse respiratoire, le timbre humé... Tous ces signes peuvent relever de modifications du parenchyme respectant la plèvre.

Les frottements, lorsqu'ils sont caractéristiques, perçus aux deux temps, non modifiés par la toux, et surtout lorsqu'ils sont intenses, réalisant le classique *bruit de cuir neuf*, sont peut-être le meilleur signe d'auscultation. On les trouve partout, mais beaucoup plus souvent à une base. Il faut bien dire cependant que ce signe est d'observation moins fréquente dans les cas de pleurite ou de pleurésie sèche qui nous intéressent, qu'au début ou à la fin d'une pleurésie avec épanchement.

L'auscultation n'est donc pas souvent concluante.

C) *Signes radiologiques :*

Les signes radiologiques que l'on a décrits à la pleurite et à la symphyse pleurale sont multiples. Tous sont bien connus, nous ne ferons que les énumérer rapidement.

Dans le parenchyme, ce sont ces fines lignes opaques transversales, rectilignes ou d'une courbe régulière, dont la netteté se précise ou s'atténue jusqu'à la disparition, suivant l'incidence des rayons, situées à des niveaux assez constants du champ pulmonaire, et que l'on attribue à des *scissurites*, à des épaissements de la plèvre interlobaire. Ce sont encore ces voiles homogènes ou dégradés qui affectent la transparence du champ pulmonaire.

Le long de la paroi, ce sont ces fines ombres linéaires qui semblent parfois tapisser la face interne du gril costal, et que seuls des clichés délicats font apparaître.

Au niveau du diaphragme, ce sont ces déformations grossières de la voûte (diaphragme en toit), ou ces fines sinuosités (festons), ces dentelures qui semblent comme suspendues à des éléments broncho-vasculaires épaissis du parenchyme ; les diminutions de transparence ou de profondeur du cul-de-sac diaphragmatique ; l'immobilité du diaphragme aux mouvements respiratoires...

Tous ces signes, nous les avons déjà vus dans l'étude radiologique du syndrome de rétraction. Nous les répétons ici parce qu'ils s'observent, particulièrement, dans la symphyse pleurale. Mais ils sont loin d'être pathognomoniques. La plupart d'entre eux peuvent se voir dans des rétractions pulmonaires pures. Et cela

s'explique facilement par le vide pleural parfait qui suffit à assurer la même adhérence étroite qu'une symphyse. Peut-on mieux l'exprimer que M. AMEUILLE ne l'a fait dans cette phrase : « Toute force rétractile du poumon agira intégralement sur la paroi, même par l'intermédiaire d'une plèvre libre, en raison du vide pleural (se rappeler l'expérience dite des « hémisphères de Magdebourg »). »

Aussi doit-on se refuser, malgré toutes les apparences, à affirmer qu'il y a symphyse et rétraction proprement pleurale, avant d'avoir consulté le dernier et le principal moyen d'investigation que nous abordons maintenant.

D) *L'exploration pleurale à l'aiguille :*

Depuis que l'on pratique la collapsothérapie par injection d'air dans la plèvre, on a fait l'acquisition du moyen le plus sûr de juger du degré de liberté pleurale.

C'est ainsi que l'on peut mettre en évidence une symphyse complète, ou partielle, et parfois au contraire une liberté absolue de la plèvre que peuvent limiter seulement quelques brides adhérentielles.

Cette liberté pleurale peut exister alors que la plèvre a cependant été le siège de réactions inflammatoires nettes, après une pleurésie séro-fibrineuse, par exemple. On en a signalé plusieurs cas. *Liberté pleurale* n'est donc pas synonyme de ce qu'on pourrait appeler *virginité pleurale*. Mais c'est là d'abord un fait d'observation assez rare, et, de plus, il est bien improbable, dans de tels cas, que la plèvre suffisamment intacte pour n'être pas symphysée, participe activement au processus rétractile.

On voit donc la grande valeur de cette exploration. Plusieurs auteurs l'ont déjà soulignée; citons seulement les publications de M. AMEUILLE, si intéressantes à ce point de vue : « Les paradoxes de la symphyse pleurale » (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 20 octobre 1922), et, avec M. JULLIEN : « Pneumothorax artificiel réalisé malgré la symphyse pleurale probable » (*Revue de la Tuberculose*, 1924).

Il n'est pas inutile d'y insister encore, et les trois observations suivantes nous semblent assez suggestives pour mériter une place ici.

Dans les deux premières (obs. VII et VIII), il s'agit de rétractions très accentuées, faisant penser à une symphyse pleurale complète, malgré lesquelles l'insufflation de la plèvre se révèle des plus faciles.

OBSERVATION VII

M. Ar.... André, 27 ans, chauffeur, est hospitalisé salle Mathé, à l'Hôpital Saint-Antoine, le 21 avril 1933.

Bien portant auparavant, il a ressenti, en décembre 1932, à la suite d'un « chaud et froid », un état de malaise, avec fièvre et frissons le soir. Il continua malgré cela son travail.

Mais il se mit bientôt à tousser de plus en plus et à cracher : expectoration d'abord muqueuse, puis muco-purulente. En même temps apparurent des sueurs nocturnes abondantes, et ses forces diminuèrent progressivement. Il maigrissait et souffrait de points de côté pénibles.

En mars 1933 le malade doit s'aliter 10 jours. Un médecin le soigne pour bronchite. Il reprend ensuite son travail, mais doit cesser de nouveau au bout de huit jours. Et c'est alors qu'il vient à l'hôpital.

Antécédents personnels : Nuls, avant décembre 1932. Pas de pleurésie.

Antécédents familiaux : Parents et grands-parents bien portants, mais collatéraux chargés : quatre frères ou sœurs sont morts en bas âge, de méningite, croit-il. Un frère est mort à 18 ans, de tuberculose pulmonaire. M. Ar... a cohabité avec lui pendant les 5 ans de sa maladie (de 1913 à 1918).

Deux enfants de M. Ar... sont morts : l'un de gastro-entérite, l'autre de méningite.

Actuellement. — Le malade présente une apparence satisfaisante: bonne mine, tousses et crache peu, pas de dyspnée.

Le symptôme prédominant est une douleur dorsale de siège variable, mais tenace, se déplaçant d'une omoplate à l'autre, ou suivant le trajet de la colonne vertébrale. L'appétit et la digestion sont bons.

Auscultation : A gauche : rien d'apparent.

A droite : dans le tiers supérieur, en arrière, respiration rude et soufflante avec bronchophonie et pectoriloquie aphone.

Dans l'aisselle droite, quelques râles discrets, perceptibles après la toux.

Au laboratoire : Présence de bacilles à l'examen direct.

Radiographie : (cf. schéma obs. VII).

Tout le sommet droit (tiers supérieur) est occupé par des ombres réticulées denses, dont les arborescences partent du hile.

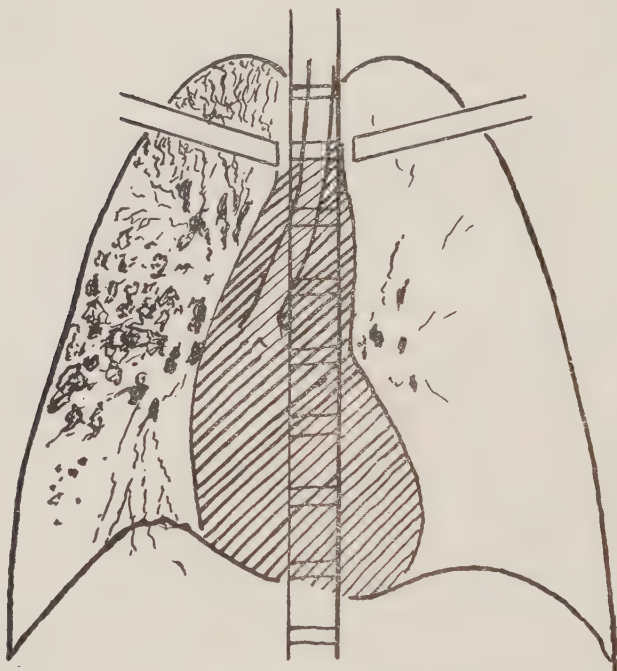
Le 1/3 moyen est parsemé de taches non homogènes, d'opacité moyenne.

Le diaphragme est déformé en toit, légèrement festonné au sommet de sa voûte, où aboutissent des ombres broncho-vasculaires du poumon.

Le médiastin est fortement attiré à droite, dépassant de trois travers de doigt le bord droit du rachis. La trachée suit le mouvement : verticale jusqu'au manubrium sternal, elle est franchement coudée à ce niveau pour devenir oblique en bas et à droite.

Les côtes sont obliques et rapprochées de la partie moyenne.

A gauche, hile chargé, pas d'image nettement pathologique.



OBSERVATION VII

En résumé : tuberculose fibro-caséeuse avec rétraction pulmonaire très accentuée, contrastant avec un début apparent récent.

Un pneumothorax est envisagé, vu l'unilatéralité presque absolue des lésions, et malgré la symphyse probable.

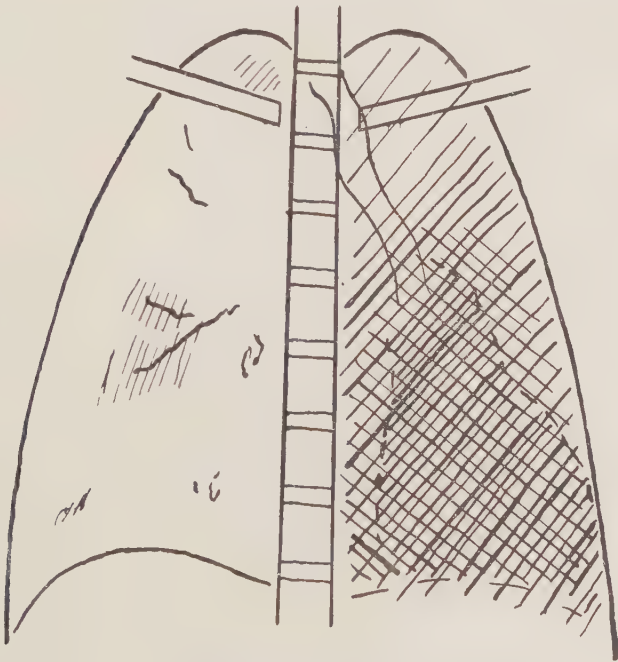
Le 5 mai 1933. — Tentative d'insufflation qui obtient un plein succès, et est suivie d'un décollement presque global d'emblée (300 cc. en grosse négative).

OBSERVATION VIII

Mme Las... Aimée, 23 ans, vient consulter au Centre de triage de l'hôpital Saint-Antoine, le 14 avril 1926.

Sans antécédent notable, sans pleurésie antérieure, elle est porteuse d'une tuberculose pulmonaire évidente, avec bacilloscopie positive.

A l'auscultation : diminution du murmure vésiculaire dans toute l'étendue du poumon gauche.

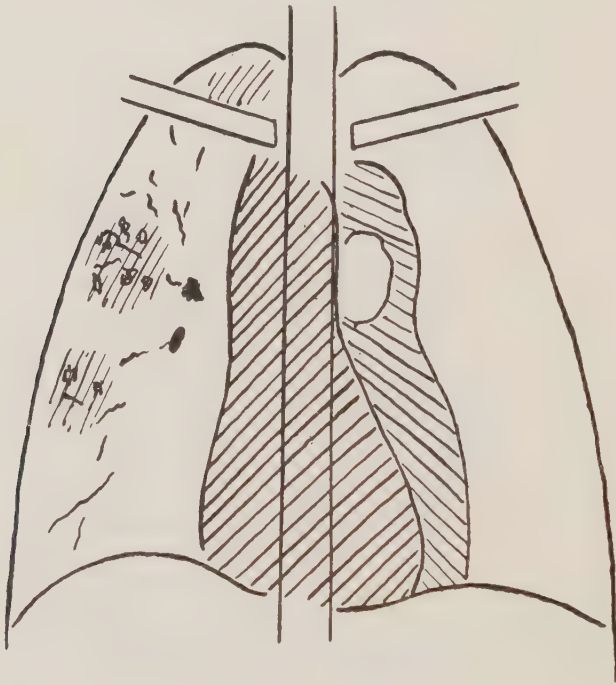


OBS. VIII. — N° 1

La radiographie (cf. schéma obs. VIII., n° 1), révèle :
A droite : quelques petites opacités discrètes.

A gauche : une ombre dense, sans contour net, occupe les deux tiers inférieurs du poumon, effaçant complètement les contours du cœur dont on distingue la silhouette imprécise, complètement attiré à gauche, collé contre la paroi. La trachée suit ce mouvement, oblique et sinueuse, elle vient se perdre dans l'ombre qui occupe le poumon gauche. Le diaphragme et le cul-de-sac diaphragmatique sont noyés dans cette ombre (*v. schéma Obs. VIII, n° 1*).

Malgré cette rétraction intense qu'une symphyse complète semble maintenir, on tente, le 30 avril, un *pneumothorax*.



OBS. VIII. — N° 2

Le poumon se décolle complètement de la paroi et vient en masse s'appliquer contre le médiastin. Celui-ci est déporté à droite, empiétant de trois travers de doigt sur le champ pulmonaire droit (*V. schéma Obs. VIII, n° 2*). Une

cavité, invisible auparavant, apparaît dans le poumon gauche. Mais quelques mois après une poussée liquidienne longtemps persistante, une symphyse progressive et irréductible force à abandonner les insufflations, et en octobre 1928, l'image radiographique est exactement superposable à celle d'avril 1926 (schéma Obs. VIII, n° 1). Les bacilles réapparaissent par intermittence dans l'expectoration. Les lésions droites discrètes se sont accentuées. Mais le 11 mai 1931 survient un pneumothorax spontané du côté droit, avec signes fonctionnels et généraux très graves, entraînant la mort au bout d'un mois.

L'observation suivante est peut-être plus démonstrative encore :

OBSERVATION IX

Mlle Lu... Gabrielle, 27 ans, bonne à tout faire, entre le 7 octobre 1932 à la salle Littré :

Très bien portante jusqu'en 1930, elle est venue à cette époque, habiter Paris, où elle s'est placée.

Peu après, elle se met à maigrir et à perdre l'appétit, à tousser de plus en plus, au point de ne pouvoir dormir la nuit. Un médecin la soigne pour congestion pulmonaire droite et elle garde le lit quinze jours. Puis elle reprend son travail jusqu'en septembre 1931, malgré de fréquentes « bronchites ».

Depuis deux mois, elle tousse, crache et maigrit de nouveau, souffre d'un point de côté fréquent à la base droite.

On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents, pas de pleurésie notamment.

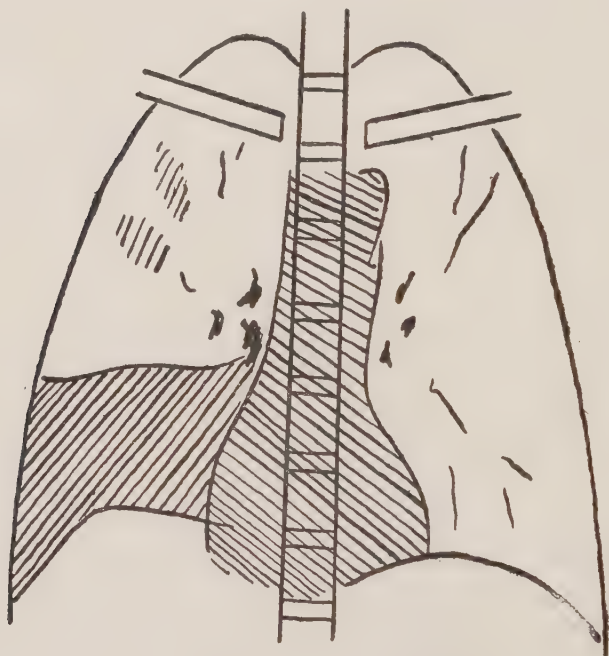
Ses antécédents familiaux ne sont pas plus chargés : père mort accidentellement, mère morte de cardiopathie. Neuf

frères et sœurs très bien portants. Pas mariée, pas d'enfant.

A l'examen : syndrome congestif à la base droite, matité et râles crépitants.

Au laboratoire, pas de bacilles à l'examen direct, mais homogénéisation positive.

La radiographie montre (V. schéma Obs. IX, n° 1) un poumon gauche à peu près normal.



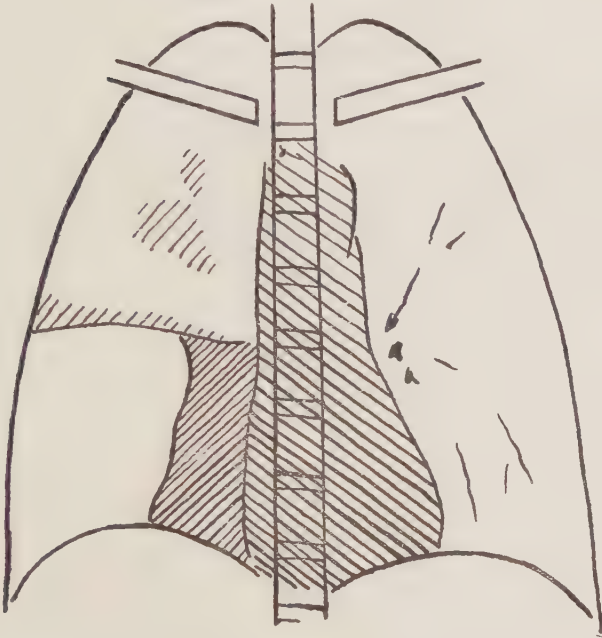
OBS. IX. — N° 1

A droite, le lobe inférieur présente une infiltration complète à aspect de mie de pain, avec limite supérieure nette. Peu de chose dans le reste du poumon, quelques opacités discrètes, sous-claviculaires.

Mais surtout, un syndrome de rétraction très accentué à la base, avec médiastin inférieur fortement attiré à

droite, voûte diaphragmatique surélevée et cassée en deux segments, l'un oblique, l'autre horizontal.

Un pneumothorax est tenté, le 21 octobre, avec peu de chances apparentes, vue l'intensité de la rétraction au niveau du lobe qu'il serait utile de collaber.



Or le décollement est obtenu facilement, il n'intéresse que le lobe inférieur, justement celui au niveau duquel la rétraction était si accentuée (*V. schéma Obs. IX, n° 2*).

En résumé, dans cette observation, une symphyse pleurale existait, serrée à droite, sauf au niveau où la rétraction était le plus marquée. Rétraction élective d'un lobe, suivie de collapsus électif de ce même lobe.

Peut-on prouver plus clairement qu'ici ce n'était pas la plèvre qui était responsable de cette rétraction ?

On voit à la fin de ce chapitre que la participation pleurale est loin d'être constante dans la rétraction, et que souvent le poumon peut seul être tenu pour responsable de ce phénomène.

Mais il apparaît d'autre part qu'il n'est pas toujours facile à l'examen du malade, ni à la radio d'avoir une opinion nette à ce sujet, et que l'exploration pleurale, sans être un test d'une fidélité absolue, permet bien souvent seule d'acquérir une certitude.

CHAPITRE IV

Quelques formes cliniques et leur interprétation

Nous voulons, à la fin de ce travail, signaler quelques cas, parmi les rétractions pulmonaires que nous avons pu observer, qui nous ont paru particulièrement intéressants au point de vue pathogénique.

Ce n'est pas une revue des formes cliniques sous lesquelles peut se présenter la rétraction. Elles sont légion, et beaucoup ont pu déjà être signalées au passage dans ce travail.

Ce sont certaines modalités de rapport entre l'évolution des lésions pulmonaires et celle de la rétraction, dont nous allons reproduire quelques observations. Nous tenterons, à propos de chacune d'elles, une interprétation du processus.

OBSERVATION X

Mme Mar... Louise, 18 ans, bobineuse, consulte au Centre de triage de l'hôpital Saint-Antoine, en septembre 1927.

Depuis six mois, elle est fatiguée et maigrit progressivement, travaillant beaucoup, dix heures par jour. Depuis quelques semaines, elle tousse, crache, accuse des

points de côté, de la fièvre le soir, et transpire abondamment.

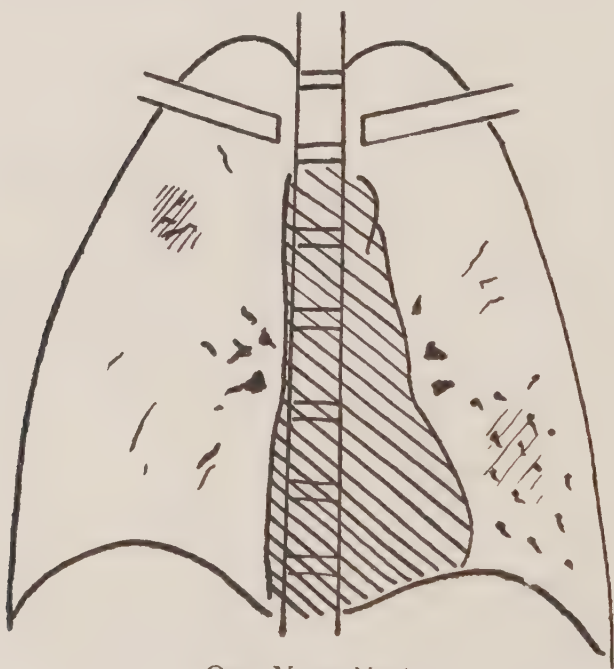
Antécédents familiaux chargés : père asthmatique, quatre frères et sœurs morts en bas âge de méningite. Deux sœurs tuberculeuses pulmonaires, l'une est en outre pot-tique.

Antécédents personnels nuls avant ces six derniers mois.

A l'examen, on note une matité et quelques craquements au sommet droit. A gauche, plus près de la base, matité, souffle, abolition des vibrations vocales et quelques râles crépitants.

La malade est maigre, pèse 46 kilogs et dit avoir perdu 8 kilogs.

Au laboratoire, la recherche des bacilles est négative.



OBS. X. — N° 1

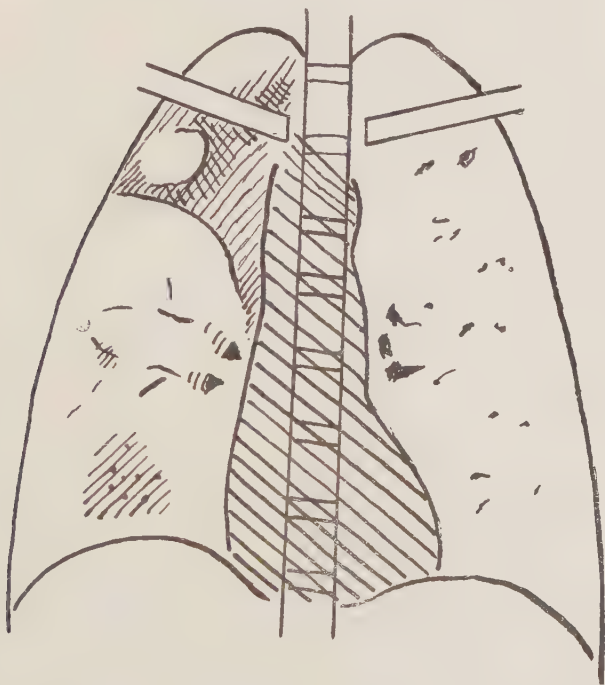
La Radiographie (Cf. Schéma Obs. X, n° 1), montre quelques opacités très discrètes à droite et un semis de

taches plus accentuées à la base gauche. Pas de signe de rétraction pulmonaire.

La malade passe alors six mois au sanatorium de la Tuyolle, puis cinq mois au repos chez elle. Elle travaille ensuite de nouveau, allant mieux. Une grossesse évolue bien jusqu'à terme. Mais quelque temps après Mme Mar... revient consulter.

Elle est ainsi revue successivement en mars 1932, en août 1932 et en mars 1933.

Chaque fois, une radiographie est pratiquée. Et sur les clichés successifs, on note de grosses modifications des images.



OBS. X. — N° 2

La Radiographie de mars 1933 (cf. schéma Obs. X, n° 2) en est l'aboutissant :

A gauche : peu de modifications, le semis de taches déjà observé remonte un peu plus haut.

A droite : grosse opacité du lobe supérieur, à limite inférieure franche, avec en dehors, image claire arrondie affectant l'aspect d'une grosse spéléonque. Opacités plus discrètes et mal limitées à la base.

Gros signes de rétraction : le médiastin est fortement attiré à droite, du haut en bas, surtout en haut, dépassant de trois travers de doigt l'ombre du rachis.

OBSERVATION XI

Mme Be... Renée, cuisinière, est adressée au Centre de triage par la consultation de médecine de l'hôpital Saint-Antoine, le 13 octobre 1932.

Depuis deux mois, elle souffre de points de côté, de fièvre le soir, de dyspnée d'effort. Elle tousse beaucoup, toute la journée, par quintes, avec expectoration mucopurulente, qui, à plusieurs reprises, fut striée de sang. Anorexie, pyrosis, asthénie. amaigrissement de trois kilograms, sueurs nocturnes et insomnies.

Antécédents personnels : négligeables.

Antécédents familiaux : imprécis. Aurait été, dans une place, en contact avec un tuberculeux.

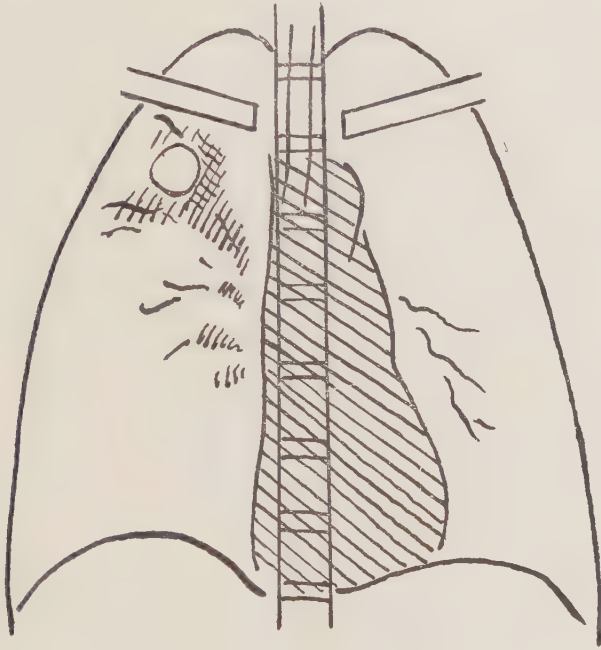
A l'examen : maigreux (46 k. 300), pâleur.

L'auscultation fait entendre au sommet droit un souffle peu intense et quelques râles humides, à timbre consonnant. Matité à ce niveau.

Au laboratoire : présence de bacilles de Koch : 15 à 20 par champ.

La radiographie (cf. schéma Obs. XI, n° 1), révèle une infiltration opaque diffuse, non homogène, parcourue de travées plus sombres, et semée de quelques taches plus

claires, dont une volumineuse, circulaire, bien limitée : spé-
lonque certaine. A gauche : hile chargé. Pas de rétraction
(médiastin et diaphragme normaux).



OBS. XI. — N° 1

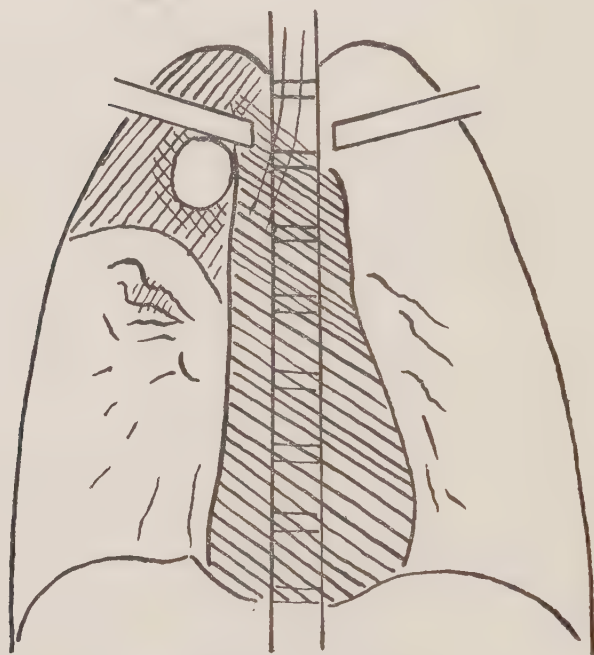
Mme Be... refuse un pneumothorax et se fait traiter en
ville par des injections de calcium intramusculaires.

Elle est revue successivement le 17 novembre, le 8 et le
29 décembre 1932 ; le 26 janvier, le 8 février et au mois
d'avril 1933.

Les radiographies pratiquées à chaque occasion montrent
une accentuation des lésions et une rétraction progressive,
du côté droit.

Sur le dernier cliché : avril 1933 (*cf. schéma Obs. XI,*
n° 2), on note une opacité très accentuée et homogène du

lobe supérieur droit, à limite inférieure franche, et centrée d'une grosse cavité. L'ombre du médiastin fortement attiré à droite se confond en partie avec l'ombre parenchy-



OBS. XI. — N° 2

mateuse. Les côtes apicales sont rapprochées, tendant à s'imbriquer. Dans le reste du champ pulmonaire, quelques ombres sous forme de taches et de marbrures discrètes. Diaphragme légèrement festonné. A gauche, poumon à peu près normal.

En résumé, dans ces deux observations, on assiste à l'évolution d'une tuberculose pulmonaire fibro-caséuse, au cours de laquelle s'établit progressivement une rétraction pulmonaire des plus nettes.

C'est le mode évolutif le plus fréquent : rétraction parallèle à la marche des lésions.

C'est aussi celui dont l'explication apparaît la plus simple.

La sclérose et l'infiltration fibreuse du parenchyme pulmonaire sont des phénomènes réactionnels en rapport direct ici avec l'envahissement tuberculeux. Réaction cicatricielle, mais qui se laisse devancer par le processus envahissant, et par conséquent en suit la marche dans sa topographie et dans son intensité.

La rétraction, conséquence de cette sclérose, suit donc la même évolution progressive.

Mais ce parallélisme est loin d'être constant, ainsi que le montrent les observations suivantes.

OBSERVATION XII

Mlle De... Huguette, 18 ans, consulte au centre de triage de l'hôpital Saint-Antoine, le 20 septembre 1928.

En janvier, elle a présenté un état fébrile traînant, qualifié de grippe. Depuis le mois de juillet, elle tousse, maigrit, perd ses forces, crache peu. Ces troubles se sont aggravés ces derniers temps, avec apparition de fièvre, expectoration plus abondante muco-purulente.

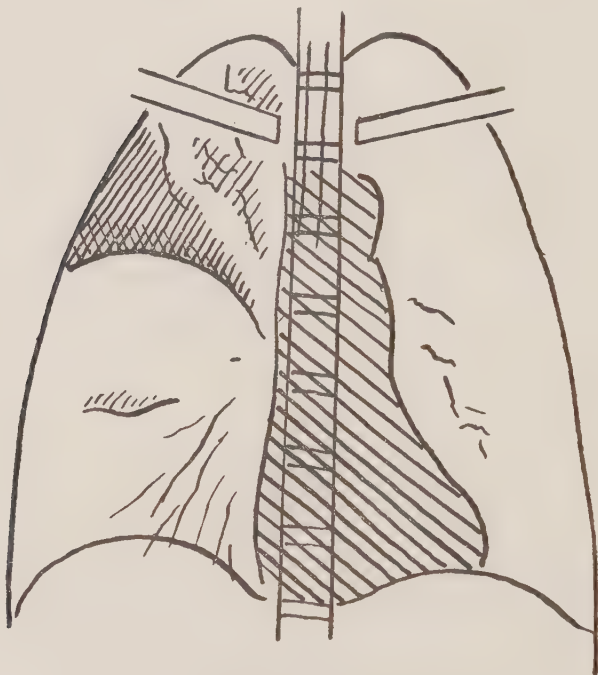
Antécédents personnels : rien d'important, sauf bronchites tous les hivers.

Antécédents familiaux : mère morte d'affection puerpérale. Père mort jeune (?). Sœur aînée morte de tuberculose pulmonaire après grossesse. Deux frères et deux sœurs bien portants.

La malade est admise salle Littré, dans le service du Professeur Bezançon.

Elle est dyspnéique, fébrile, et accuse un violent point de côté droit.

A l'auscultation : signes congestifs perceptibles dans l'aisselle droite : souffle et râles crépitants.



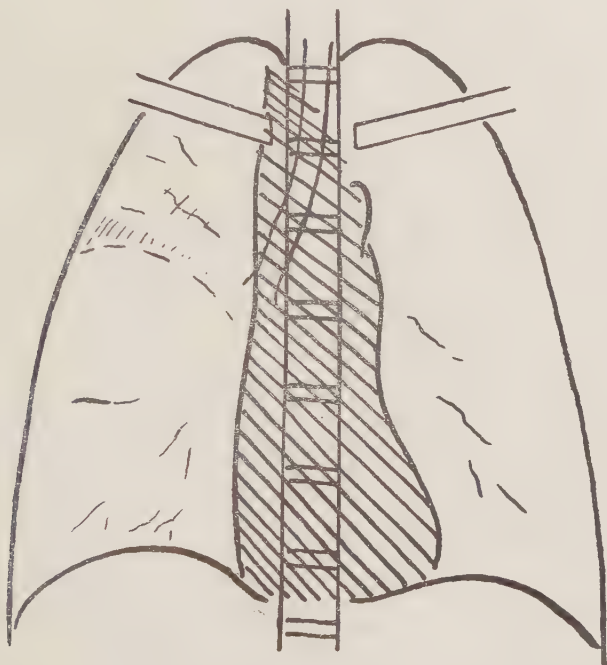
OBS. XII. — N° 1

La radiographie (cf. schéma Obs. XII, n° 1), montre, à droite, une opacité triangulaire, à base axillaire et à sommet hilare, de type pneumonique, franchement limitée en bas par la scissure interlobaire supérieure. Quelques taches plus discrètes apparaissent au sommet, et quelques travées broncho-vasculaires sombres, à la base. A gauche, opacités hilaires à peu près normales. Aucune rétraction n'apparaît.

Le 2 octobre, on tente un pneumothorax, étant donné l'unilatéralité des lésions. Quelques insufflations sont réali-

sées, et un décollement partiel obtenu. Mais la plèvre est dure, partout, et les piqûres très douloureuses. On abandonne donc le pneumothorax.

Mais sous l'influence du repos complet, on note une amélioration rapide. La toux et l'expectoration diminuent, le point de côté disparaît, la température s'abaisse, le poids remonte régulièrement de 500 grammes par semaine bien que l'appétit reste médiocre.



OBS. XII. — N° 2

En même temps, on suit sur des radiographies successives la disparition de l'opacité triangulaire, laissant place à un simple flou léger parcouru de discrètes arborescences. Et parallèlement, se manifeste une rétraction lente, attirant vers la droite le médiastin, surtout dans la partie supérieure (*cf. schéma Obs. XII, n° 2*). La trachée, médiane

auparavant, se bifurque maintenant à droite de l'ombre rachidienne.

Le syndrome d'auscultation a presque complètement disparu.

Et Mlle D... se porte très bien jusqu'en 1931 où survient une nouvelle poussée de la maladie, bilatérale, avec excavations multiples, température élevée et évolution rapidement fatale.

On assiste ici à l'évolution d'une tuberculose pulmonaire à type pneumonique, sans rétraction concomitante. Ce n'est qu'ultérieurement, lorsque se fait le nettoyage radiologique du poumon, qu'apparaît une rétraction rapide de ce poumon.

Dans la première phase de cette évolution, le parenchyme était le siège de phénomènes surtout congestifs, fluxionnaires, autour de foyers tuberculeux discrets, macroscopiquement invisibles. Et c'est l'engorgement alvéolaire qui crée l'ombre radiologique.

Dans la deuxième phase, de guérison ou de régression, une réaction scléreuse, peu dense, se produit autour des fines lésions causales. En même temps, l'épiphénomène congestif disparaît. Il y aurait à la fois *atélectasie* par accollement des parois alvéolaires après résorption de leur contenu (selon le mécanisme admis par LETULLE et d'autres auteurs après lui), et *sclérose rétractile légère*. D'où le tassement du poumon ou la rétraction pulmonaire au sens large du mot. D'où, aussi, l'importance réduite des opacités qui subsistent en même temps que cette rétraction.

Rappelons, à ce sujet, l'intéressant travail fait en 1931 au Centre de Triage, avec M. P. BRAUN, dans le Service du Professeur BEZANÇON, sur « Les phéno-

mènes congestifs et fluxionnaires au cours de la Tuberculose pulmonaire », par M. MOURAD SAHEB.

Beaucoup plus tôt, en 1911, M. BRAUN, dans sa thèse : « *Formes cliniques et Pathogénie des foyers pneumoniques tuberculeux* », décrivait déjà ces « *foyers pneumoniques curables* », dans la tuberculose, laissant après eux des opacités discrètes.

Outre les formes fibro-caséuses et les formes pneumoniques dans lesquelles nous venons d'observer la rétraction, d'autres aspects ou d'autres stades plus précoces de la tuberculose pulmonaire peuvent être facteurs du même processus.

Nous rappelons, pour illustrer ce point, quatre observations déjà citées plus haut.

Dans les observations I et VII, il s'agit de tuberculoses pulmonaires d'apparition récente, dans lesquelles on est frappé par l'importance de la rétraction pulmonaire déjà réalisée.

Dans les observations II et VI, de grosses rétractions sont presque des découvertes d'examen, et ne s'accompagnent à la radio d'aucune ombre parenchymateuse importante, si ce n'est quelques fines marbrures peu accentuées.

Si l'on veut expliquer de tels cas, on est conduit à invoquer un travail précoce et latent, au sein du parenchyme. Cette supposition est éclairée par la notion de la *tramite*, déjà bien connue. Dans plusieurs publications, MM. BEZANÇON et BRAUN l'ont justement appelée « *Le stade anatomo-clinique précurseur de la phtisie chronique de l'adulte* », ou encore : « *le stade pré-phtisique de la tuberculose pulmonaire de l'adulte* ».

A la lumière de cette conception, on comprend très bien l'apparition précoce de sclérose rétractile, alors

que l'envahissement tuberculeux n'atteint encore que la *trame* conjonctivo-lymphatique du poumon. Aucune lésion macroscopique n'est encore réalisée ; aucune opacité radiologique non plus, par conséquent. Seul le fin réseau lymphatique qui parcourt la trame conjonctive pleuro-pulmonaire, réagit à ce stade.

Si l'envahissement tuberculeux ne dépasse pas cette étape, la sclérose réactionnelle, facteur de rétraction, ne donnera pas non plus d'image bien accentuée. Quelques fines arborescences apparaîtront seules dans l'épaisseur du parenchyme.

La « *Tramite rétractile* », terme encore inédit dont use ici M. BRAUN, semble donc suffire à expliquer les cas dont nous venons de rappeler les observations. Dans les deux premiers, ce processus rétractile a pu agir avant que se constituent des lésions qui firent plus tard leur apparition. Dans les deux autres, la tuberculose n'a pas dépassé le stade de Tramite, et il a suffi de cette atteinte « préphthisique » pour entraîner des rétractions importantes sans lésion nettement apparente.

Conclusions

I. — La rétraction pulmonaire est un état anatomique et fonctionnel anormal, dont le syndrome est constitué par des signes physiques, des signes fonctionnels et généraux, et des signes radiologiques.

Les signes fonctionnels et généraux, intéressants surtout en tant que conséquences de la rétraction, ne sont pas des moyens d'appréciation bien précis.

Les signes physiques ont plus de valeur, mais ne sont bien marqués que dans les cas de rétraction très accentuée.

C'est surtout la radiologie qui permet d'analyser les phénomènes de rétraction. Elle seule met en valeur les anomalies d'architecture et de topographie, la rupture des rapports normaux entre les ombres projetées.

Et dans les données utiles de la radiologie, il faut comprendre aussi bien celles de la radiographie (document statique), que celles de la radioscopie, qui permet à la fois d'étudier la cinématique respiratoire et de faire varier à l'infini les incidences.

II. — L'appréciation de la rétraction, facile dans les cas typiques ou les formes accentuées, peut en effet présenter de grosses difficultés dans certaines circonstances.

La rétraction peut se faire dans les trois dimensions de l'espace, dans le sens transversal, dans le sens

vertical et en profondeur, ces trois lignes de forces pouvant se combiner de différentes manières.

Il en résulte des images parfois nettes, dans le cas d'une rétraction unilatérale et totale, intéressant de façon uniforme toute une plage pulmonaire.

Mais d'autres formes peuvent se trouver réalisées : rétractions discrètes, ou partielles, segmentaires, n'intéressant qu'un étage restreint du champ pulmonaire ; rétractions combinées et complexes, souvent bilatérales, dont l'analyse est difficile ; et parfois des phénomènes de torsion, intéressant en particulier le médiastin, et dans lesquelles les déplacements camouflés ne sont pas toujours évidents à première vue.

III. — La lecture correcte d'un cliché exige en outre des conditions bien précises dans la réalisation de la radiographie.

Une radiographie prise en position imparfaitement frontale, imprime aux ombres projetées une topographie et des rapports anormaux qui peuvent simuler une rétraction pulmonaire inexistante en réalité, ou l'accentuer lorsqu'elle existe.

Inversement, une rétraction réelle peut être rendue inapparente, ou même sembler inversée, sur un cliché pris en mauvaise position.

Des variations d'incidences minimales, suffisent à créer ces images trompeuses.

Mais si le thorax a gardé une symétrie approchée, des points de repères précis permettent d'éviter ces erreurs.

IV. — Les conditions nécessaires pour la réalisation d'une radiographie en frontale correcte, sont les suivantes :

Le dos du sujet doit être appliqué à plat contre la planche ; la plaque parallèle au plan des clavicules ; l'ampoule placée rigoureusement sur la ligne médiane.

V. — Certaines déformations du squelette sont habituellement secondaires au processus rétractile, et peuvent servir à apprécier la rétraction.

Mais elles peuvent relever d'autres causes, et cependant leur projection radiographique donnera la même image que celle réalisée par la rétraction pulmonaire.

VI. — De plus, lorsque le thorax est nettement asymétrique, les conditions citées plus haut deviennent insuffisantes pour réaliser une véritable projection frontale. Il n'existe plus de plan frontal à proprement parler. C'est en vain que l'on chercherait les points de repères. Les conditions géométriques nécessaires n'existent plus.

Dans ce cas, les règles qui doivent présider à l'interprétation du cliché font défaut elles aussi. On devra, pour apprécier la rétraction, se baser sur d'autres données : le contrôle radioscopique, avec les artifices d'examen qu'il permet ; la recherche de signes de rétraction qui ne dépendent pas de l'architecture du thorax ; enfin la confrontation des renseignements radiologiques avec ceux que fournissent l'interrogatoire, l'inspection, la palpation et la mensuration sur le malade.

VII. — Mais les repères suffisants peuvent manquer dans toutes ces recherches, et certains thorax

échappent à toute conclusion certaine, quant aux phénomènes de rétraction dont ils peuvent être le siège.

VIII. — La cause la plus fréquente et la plus classique de la rétraction d'un hémithorax est la pleurésie. Mais on sait que d'autres affections pleurales peuvent réaliser le même phénomène : pleurésies sèches, pleurites, avec ou sans symphyse pleurale.

Ces réactions de la séreuse peuvent survenir sous l'excitation de lésions parenchymateuses même minimes, n'intéressant parfois que la *trame* conjonctivo-élastique du poumon, sans véritable lésion macroscopique.

Mais cette participation active de la plèvre au processus rétractile est loin d'être constante. Les signes radiologiques qui la font soupçonner sont souvent trompeurs. L'exploration pleurale à l'aiguille, malgré son imperfection relative, est le meilleur moyen d'investigation qui permette d'apprécier l'état de la séreuse.

On peut ainsi conclure dans certains cas, qu'il s'agit de rétraction pulmonaire pure, dont la plèvre ne fait qu'épouser passivement le mouvement.

IX. — La plupart des formes de la tuberculose pulmonaire peuvent entraîner la sclérose rétractile ou l'atélectasie. D'où tassement du parenchyme et diminution de volume du poumon, dans tout ou partie de sa masse.

Ce processus peut agir à toutes les phases évolutives de la maladie. Et certains cas de rétraction pulmonaire sans lésion apparente ne peuvent s'expliquer qu'en admettant la sclérose rétractile comme l'aboutissant

du « *stade initial* », selon la formule de MM. BEZANÇON et BRAUN, à la période de *tramite*, alors que seule la *trame* conjonctivo-élastique et lymphatique a été atteinte par le processus tuberculeux, et qu'aucune lésion macroscopique n'est encore constituée.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la Thèse,
BEZANÇON

Vu et permis d'imprimer,

LE RECTEUR,
S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- AMEUILLE. — Les paradoxes de la symphyse pleurale (*Société médicale des Hôp. de Paris*, 20 octobre 1922).
- AMEUILLE et JULLIEN. — Pneumothorax artificiel réalisé malgré la symphyse pleurale probable (*Revue de la Tuberculose*, 1924, p. 153).
- AMEUILLE et TROCMÉ. — La rétractilité des lésions pulmonaires (*Bulletin Médical*, 1926, n° 18, page 502).
- ARMAND DELILLE et Mlle DEVALAY. — Un cas de dextrocardie associé à une dilatation bronchique avec forte déviation trachéale, par sclérose pulmonaire vraisemblablement d'origine tuberculeuse chez un enfant de onze ans (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, séance du 9 juin 1930).
- ARMAND DELILLE, HILLEMAND, LESTOQUOY et MALLET. — Le syndrome pseudo-cavitaire par déviation de la trachée, dans la tuberculose pulmonaire chronique (*Presse Médicale*, 25 février 1922, page 165).
- AUPINEL. — Le processus curatif spontané de la tuberculose (*Thèse de Paris*, 1899).
- BARD. — Du mécanisme de production des déplacements latéraux du cœur : Dextrocardies et sinistrocardies acquises (*Revue de Médecine*, novembre 1921).
- *Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire* (Masson, éditeur, Paris, 1927).
- BARTH et ROGER. — *Traité pratique d'auscultation* (1870).
- BERNARD (Léon) et LAMY. — Dextrocardie et dilatation bronchique par sclérose pulmonaire d'origine vraisemblablement tuberculeuse (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 21 mars 1930).

- BERNARD (Léon), DE POTTER et THOMAS (M.). — Scléroses pulmonaires non évolutives (*Presse Médicale*, 11 juillet 1928).
- BERNOU. — A propos de la symphyse pleurale. Quelques notions radiologiques de la cinématique intercostale (*Presse Médicale*, 16 juin 1926).
- BERTHIER. — Dextrocardies par attraction. Pneumothorax thérapeutique. Contribution à l'étude du mécanisme des dextrocardies acquises (*Bulletin Médical*, 24 septembre 1913, n° 75).
- BEZANÇON (A.). — Conformations thoraciques chez les tuberculeux (Thèse de Paris, 1906).
- BEZANÇON et BRAUN. — Le stade anatomoclinique précurseur de la phthisie chronique de l'adulte. La tramite tuberculeuse (*Presse Médicale*, 31 déc. 1927, n° 105).
- Le stade préphthisique de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. La notion de tramite (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaire*, tome LXXXVII, n° 4, octobre 1927).
- BEZANÇON, BRAUN et DUHAMEL. — De l'interprétation de certains aspects granuleux radiographiques (*Revue de la tuberculose*, juin 1927).
- De l'interprétation de l'aspect granuleux et trabéculaire, au cours de certaines tuberculoses fibreuses hémoptoïques (*Paris Médical*, 19 février 1927, p. 177).
- BEZANÇON, JACQUELIN et MORIN. — Contribution à l'étude du syndrome pseudo-cavitaire apical gauche par déviation de la trachée avec sinistocardie (*Revue de la tuberculose*, juin 1924, p. 409).
- BEZANÇON et DE JONG (S. I.). — *Précis de pathologie médicale*. Maladies de l'appareil respiratoire (Masson et Cie, 1931).
- BEZANÇON, ROUSSY (G.), OBERLING (C.) et DELARUE. — Les formes anatomiques de la tuberculose du poumon ; essai de classification (*Presse Médicale*, 13 juillet 1932).

BRAUN (Paul). — Note sur la mobilité thoracique (*Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. LXXI, p. 392, Séance du 11 novembre 1911).

— Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques tuberculeux (*Thèse de Paris*, 1911).

BRELET. — L'avenir des pleurétiques (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 16 janvier 1925).

BURNAND. — L'auscultation dans le diagnostic de la tuberculose pleuro-pulmonaire (Masson et Cie, 1930).

— La symphyse pleurale après résorption du pneumothorax (*Paris Médical*, 23 avril 1921).

BURNAND et SAYÉ. — Granulies froides et granulies chroniques (*Annales de Médecine*, t. XV, mai 1924, p. 365).

CHASSAGNAC. — Ectopie cardiaque acquise. Sinistocardie par attraction (*Thèse de Paris*, 1926).

CHAUFFARD. — Symphyse pleuro-pulmonaire et sclérose du lobe supérieur du poumon gauche. Symphyse péri-cardique. Traction vers la gauche des gros vaisseaux de la base du cœur (sinistocardie) (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 14 février 1902).

CLERC et LEVY (Robert). — Réflexions sur deux cas de dextrocardie (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 28 janvier 1926).

DEBENEDETTI. — La fibrosi Massiva del pulmone tuberculose (fibrothorace) (*Tuberculosi*, vol. XVIII, mars 1926).

DESTOUCHES (J.). — Le syndrome de rétraction, dans la tuberculose pulmonaire (*Thèse de Paris*, 1928).

DUHEM. — Scléroses pulmonaires partielles et déviation du cœur dans les scléroses étendues du poumon chez l'enfant (*Archives de Médecine des Enfants*, 11 novembre 1921).

DUMAREST (F.). — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire fibreuse. Contribution à l'étude des formes bénignes et latentes de la tuberculose pulmonaire (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 avril 1926).

- DUTRAY. — La reprise du pneumothorax artificiel (*Thèse* Paris, 1933).
- GAILLARD. — Dextrocardie par attraction (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 8 mai 1908).
- Attraction du médiastin dans la sclérose pleuro-pulmonaire (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 25 août 1913).
- GENDREAU. — Renforcement des bruits d'auscultation et des ombres radiologiques par le tassement du poumon (*Thèse de Paris*, 1926. Travail du Centre de triage de l'Hôp. Saint-Antoine).
- GENEVRIER. — Rétraction scléro-fibreuse du poumon, et guérison de la tuberculose pulmonaire (*Revue de la Tuberculose*, 1914, p. 566, Société Médicale des Hôp. de Paris, 16 mai 1924).
- GRANCHER. — *Maladies de l'appareil respiratoire* (A. Douin, Paris, 1890).
- GUINARD (U.) et HINAULT. — Contribution à l'étude des rétractions pulmonaire et thoracique (*Revue de la Tuberculose*, août 1926).
- HAUTEFEUILLE. — Contribution à l'étude de la granulie froide et chronique (*Thèse de Paris*, 1926).
- IMBERT (J.). — La périlobulite et le retour à la notion de la tuberculose pulmonaire interstitielle (*Thèse de Paris*, 1930).
- LAENNEC. — *Traité de l'auscultation médiate* (1^{re} édition, 1819).
- LAUBRY et BLOCH (S). — Les déviations de la trachée dans les pneumopathies chroniques (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 3 déc. 1921).
- LEPINE. — Dextrocardie causée par la rétraction du poumon droit, consécutive à une péribronchite syphilitique avec adhérences pleurales (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 16 mai 1899).
- LE ROCHAIS. — Essai sur les dextrocardies par sclérose pulmonaire tuberculeuse (*Thèse de Paris*, 1929).

- LEURET et JONCHÈRES. — Sclérose pulmonaire avec déviation de la trachée et dextrocardie (*Société anatomoclinique de Bordeaux*, décembre 1924).
- MACAIGNE et GIRARD. — Dextrocardie acquise, consécutive à une sclérose pleuro-pulmonaire droite, d'origine tuberculeuse (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 18 avril 1913).
- MARELLI. — La pleurésie sclérogène du pneumothorax artificiel (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 9 avril 1928).
- MARTINI (A. DE). — Sur les déviations trachéales du cours de la tuberculose pulmonaire et sur leur signification clinique (*La Riforma Medica*, Naples, t. XXXIX, n° 8, 19 février 1933).
- MEUILLET. — Contribution à l'étude des dextrocardies par traction dans les lésions pleuro-pulmonaires droites (*Thèse de Paris*, Jouve et Cie, 1930).
- MOURAD SAHEB. — Les phénomènes congestifs et fluxionnaires au cours de la tuberculose pulmonaire (*Thèse de Paris*, 1931).
- PAISSEAU, GUENAU et LAMBLING. — L'exploration radiologique de l'œsophage dans la tuberculose pulmonaire (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 6 nov. 1925).
- PARODI. — Les fortes rétractions pleuro-pulmonaires, causes de distension et d'ectasie mécanique des gros vaisseaux, et d'anoxhémie secondaire. Leur contrindication pour la collapsothérapie (*Tuberculosi*, sept. 1929, n° 9).
- PIQUET et GIRAUD. — Les paradoxes du pneumothorax thérapeutique. Hémoptysies de compression (*Presse Médicale*, 16 avril 1924).
- REYNIER (DE). — *Déplacement du cœur par attraction* (Station climatique de Leysin. Etudes sur la tuberculose, 4^e série, Malaine, 1915).
- RIST. — Modifications statiques et cinématiques du cœur au cours du pneumothorax (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 12 décembre 1913).

- Quelques corrélations fonctionnelles entre le poumon et le cœur, avec digression sur le phénomène de Kienböck. Etude de la radiologie clinique et physio-pathologique (*Annales de Médecine*, avril 1925).
- RIST et AMEUILLE. — La symphyse pleurale hyperplasique des tuberculeux (*Revue de la Tuberculose*, 1920, n° 6, page 471).
- RIST, ROLLAND, JACOB et HAUTEFEUILLE — Quelques cas de granulie froide et de granulie chronique (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 4 juin 1926).
- SERGEANT (E.), BORDET (F.) et DURAND (H.). — *Exploration radiologique de l'appareil respiratoire* (Masson et Cie, 1931).
- SERGEANT et VIBERT (S.). — Les images radiologiques simulant le rétrécissement hémithoracique et la surélévation de l'hémi-diaphragme par sclérose rétractile et dues à l'atélectasie pulmonaire et à la paralysie du nerf phrénique (*Archives médico-chirurgicales de Pathologie respiratoire*, 1930, t. II).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
HISTORIQUE	17
DIVISION DU SUJET.....	23
CHAPITRE PREMIER. — <i>Etude clinique du syndrome de rétraction pulmonaire</i>	25
I. Signes physiques.....	28
II. Signes radiologiques.....	31
III. Signes fonctionnels et généraux.....	40
CHAPITRE II. — <i>Diagnostic différentiel de la rétraction pulmonaire</i>	47
I. Causes d'erreur.....	47
II. Les fausses rétractions.....	62
CHAPITRE III. — <i>La plèvre dans la rétraction</i>	65
CHAPITRE IV. — <i>Quelques formes cliniques et leur interprétation</i>	81
CONCLUSIONS	93
BIBLIOGRAPHIE	98

